



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana



## Intervenção Psicomotora na Associação Qe, uma Nova Linguagem para a Incapacidade

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre  
em Reabilitação Psicomotora

**Orientador:** Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

**Júri:**

**Presidente**

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

**Vogal**

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

**Vogal**

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Marta Maria Lima Santos

2014

– Com estas ferramentas que problemas posso resolver?  
(Esta é a pergunta tonta.)  
– Com estes problemas que ferramentas preciso?  
(Esta pergunta é melhor.)  
– Com estes problemas que ferramentas tenho de aprender a utilizar?  
(Esta pergunta ainda é melhor: pressupõe vontade e um plano de ação.)”

Gonçalo M. Tavares (2006).

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Pedro Morato, por me orientar para o essencial e descentrar-me do acessório; por partilhar experiências e pontos de vista de grande sensibilidade ética e pertinência;

Às orientadoras locais, por me facultarem um modelo de grande dedicação, dinamismo e criatividade profissional:

À orientadora Rita Bernardo, sempre disponível para me orientar nas minhas dúvidas e incertezas, transmitindo-me valores de confiança, responsabilidade e autonomia;

À coorientadora Rita Carvalho, incansável na partilha de informação e de conhecimento; generosa nas críticas construtivas e nos elogios.

A toda a equipa da Associação Qe, que tornou mais forte e integrado o meu trabalho de estágio;

Aos alunos da Qe, sem os quais o aprofundamento das minhas competências profissionais e pessoais não seria possível;

À minha família e amigos, pelo apoio incondicional;

Ao Ruben, por me acompanhar em todo o processo de escrita de relatório, inculcando-me força e confiança;

Aos meus amigos psicometricistas Richard, Mariana e Sofia, que para além de fornecerem um apoio imprescindível enquanto amigos, foram aliados na troca de ideias, reflexões e formulação de questões, no âmbito da prática psicomotora.

**Resumo:**

Durante o estágio na Associação Qe, o qual decorreu entre outubro de 2012 e junho de 2013, foram aprofundadas competências profissionais na intervenção com a população adulta com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), com e sem traços psicopatológicos. A Associação Qe tem como filosofia o Modelo Gentle Teaching, uma pedagogia de interdependência. A intervenção, de natureza psicomotora, vocacionou-se para as questões do envelhecimento na DID, bem como para a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Este documento contém um estudo de grupo e um estudo de caso, verificando-se melhorias nos domínios avaliados no grupo de intervenção.

**Palavras-Chave:** Diagnóstico Dual, Doença Mental, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, Envelhecimento, Gentle Teaching, Instituição, Intervenção Psicomotora, Perturbação do Espectro do Autismo, População Adulta, Psicomotricidade.

**Abstract:**

During the internship in Associação Qe, from october of 2012 to june of 2013, it was possible to develop professional skills throught the intervention with people with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD), with and without psychopathological symptoms. The Associação Qe philosophy is Gentle Teaching, which is a pedagogy of interdependence. The psychomotor intervention was directed to ageing people with IDD, as well as the Autism Spectrum Disorder (ASD). This document contains a group study and a case study, and we observed improvements in the group one.

**Key-Words:** Adults, Ageing, Dual Diagnosis, Autism Spectrum Disorder, Gentle Teaching, Institution, Intellectual and Developmental Disabilities, Mental Illness, Psychomotricity, Psychomotor Intervention.

## ÍNDICE

Introdução.....	8
I. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL .....	9
1. Psicomotricidade .....	9
2. Enquadramento Institucional .....	10
2.1. Associação Qe, Uma Nova Linguagem para a Incapacidade .....	10
2.1.1. Resenha Histórica.....	10
2.1.2. Missão .....	10
2.1.3. Filosofia .....	10
2.1.4. Instalações.....	11
2.1.5. Tipos de Serviços .....	13
2.1.6. Equipa .....	13
2.1.7. Psicomotricidade na Instituição.....	14
2.1.8. Articulação com a Comunidade .....	14
3. Gentle Teaching.....	15
4. Problemáticas da População Apoiada .....	16
4.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental .....	17
4.2. DID e Doença Mental.....	18
4.3. DID e Envelhecimento .....	22
4.4. Perturbação do Espectro do Autismo .....	25
II. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	27
1. Organização e Calendarização .....	27
2. Horário de Estágio.....	27
2.1. Atividades Complementares de Estágio.....	28
2.2. Atividades Nucleares de Estágio.....	30
3. Estudo de Grupo .....	31
3.1. Caracterização do Grupo B.....	31
3.1.1. Filomena.....	31
3.1.2. Olívia .....	32
3.1.3. Isabel .....	32
3.2. Considerações Iniciais .....	33
3.3. Instrumento de Avaliação.....	33
3.4. Condições da avaliação inicial .....	34
3.5. Resultados da Avaliação Inicial.....	34
3.6. Plano de Intervenção Psicomotora .....	38
3.6.1. Sessão-tipo.....	40
3.7. Resultados e Análise do Processo Interventivo .....	40

3.8. Reflexão .....	46
4. Estudo de Caso.....	46
4.1. Descrição.....	47
4.2. Considerações Iniciais .....	48
4.3. Avaliação Inicial .....	48
4.3.1. Resultados da Avaliação Inicial.....	48
4.3.2. Análise da Avaliação Inicial.....	49
4.4. Calendarização.....	49
4.5. O Contexto.....	49
4.6. Sessão-Tipo.....	50
4.7. Linhas Orientadoras da Intervenção .....	50
4.8. Objetivos da Intervenção .....	50
4.9. As Sessões de Intervenção .....	51
4.9.1. A Relaxação .....	52
4.9.2. Comportamentos desajustados.....	53
4.10. Reflexão e Dificuldades/Limitações.....	54
6. Atividades Complementares .....	55
6.1. Colónias de Férias .....	55
6.2. Portugal Gym.....	55
6.3. Intercentros.....	56
6.4. Mandalas Qe .....	56
CONCLUSÃO .....	57

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Ateliers da Associação Qe e atividades desenvolvidas.....	11
Tabela 2 – Calendarização das fases do estágio.....	27
Tabela 3 – Horário de Estágio.....	28
Tabela 4 – Objetivos e Atividades desenvolvidas com o Grupo B.....	39
Tabela 5 – Objetivos da Intervenção com o Frederico.....	50

## **Índice de Figuras**

Figura 1 – Organização da equipa técnica do Polo Pedagógico.....	14
Figura 2 – Avaliação Inicial do Grupo B.....	35
Figura 3 – Resultados da Avaliação Inicial e Final da Filomena.....	43
Figura 4 – Resultados da Avaliação Inicial e Final da Olívia .....	44
Figura 5 – Resultados da Avaliação Inicial e Final da Isabel.....	46

## Introdução

O presente relatório resulta da escolha pelo Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), integrado no plano curricular do 2.º Ciclo de Estudos em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, pertencente à Universidade de Lisboa.

A unidade curricular RACP tem como objetivos gerais (Martins, Simões & Brandão, 2013):

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

Em termos específicos, o RACP tem como objetivo proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional e facilitar a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através do ganho de competências nos domínios de intervenção pedagógico-terapêutica, relação com outros profissionais e relação com a comunidade (Martins, Simões & Brandão, 2013).

Este documento integra o trabalho de estágio desenvolvido na Associação Qe, a qual destina os seus serviços a pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), com idade igual ou superior a 16 anos, assumindo-se como missão a promoção da sua qualidade de vida e o desenvolvimento pleno do seu potencial. O estágio decorreu no período de 22 de outubro de 2012 a 28 de junho de 2013, realizando-se intervenção psicomotora de carácter grupal e individual. Para além destas atividades nucleares, realizou-se também o apoio em atividade de carácter complementar.

Relativamente à estrutura do relatório, esta inicia-se com um enquadramento da prática profissional, com uma breve descrição dos objetivos e vertentes da Psicomotricidade. Posteriormente, é apresentada a caracterização da instituição, importante para que o leitor compreenda a contextualização das atividades de estágio. Neste seguimento, faz-se uma alusão ao Gentle Teaching, enquanto modelo pedagógico adotado na Associação Qe e orientador das intervenções no estágio. Este capítulo conta também com uma revisão bibliográfica da DID e da confluência deste diagnóstico com a Doença Mental, bem como com o processo de envelhecimento, procedendo-se também a uma revisão sobre a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), atendendo às problemáticas da população apoiada.

Numa segunda parte, de realização da prática profissional, é apresentada a calendarização e o horário de estágio, sendo descritas as atividades complementares, bem a intervenção realizada com dois dos grupos de Psicomotricidade, sobre os quais não se fez um estudo. Seguidamente, apresenta-se o estudo de grupo, focando a descrição dos indivíduos, o instrumento de avaliação, os resultados e condições de avaliação, os resultados e análise do processo interventivo e a reflexão final. Relativamente ao estudo de caso, a estrutura é semelhante, diferindo a descrição do instrumento de avaliação, uma vez que este processo foi realizado através de uma observação descritiva. No final, são descritas as atividades complementares de estágio.

## I. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

### 1. Psicomotricidade

A Psicomotricidade pode ser definida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistêmicas entre o psiquismo e a motricidade. Baseada numa visão holística do ser humano, a Psicomotricidade encara de forma integrada as funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto biopsicossocial (Fonseca, 2010.).

Os psicomotricistas podem exercer a sua atividade profissional no âmbito terapêutico, reabilitativo, reeducativo e/ou preventivo, nas mais diversas situações ligadas a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafetivo. A Intervenção Psicomotora destina-se a todos os grupos etários e utiliza diversas metodologias: técnicas de relaxação e consciência corporal, terapias expressivas, atividades lúdicas, atividades de recreação terapêutica, atividade motora adaptada e atividades de consciencialização motora, associando sempre a atividade representativa e simbólica (APP, 2014).

Os objetivos da intervenção em Psicomotricidade são diversos e, naturalmente, variam em função da população a quem se dirige, sendo eles (Martins, 2001):

- Compensar uma problemática situada na convergência do psiquismo e do somático, intervindo sobre as múltiplas impressões e expressões do corpo e atribuindo significação simbólica ao corpo em ação;
- Promover a regulação e harmonização tónica centrada sobre a maneira de estar no seu corpo (atitude-postura, esquema corporal, descontração neuromuscular);
- Promover movimentos funcionais e expressivos centrados na maneira de agir com o seu corpo (coordenações, dissociações, praxias);
- Possibilitar a vivência da relação tónico-emocional com o psicomotricista, através do corpo e do agir das condições de adaptação.

A intervenção em Psicomotricidade assenta essencialmente em duas vertentes: a instrumental e a relacional (Martins, 2001).

A *Psicomotricidade Relacional* valoriza a componente psicoafetiva, expressa num diálogo tónico-emocional. A intervenção deve basear-se em situações que possibilitem ultrapassar os bloqueios existentes e permitam a expressão gestual, através de uma atmosfera permissiva, segura e lúdica. Os instrumentos de trabalho são o próprio corpo, o espaço de relação, o tempo e ritmos de sessão. Deste modo, os materiais utilizados são mediadores da intervenção, adquirindo um valor simbólico. Uma sessão de psicomotricidade relacional é um momento de diálogo, de jogo e de intercâmbio, em que o psicomotricista adota uma postura de permissividade, compreensão e interação, recorrendo frequentemente ao contacto corporal (Martins, 2001).

Por sua vez, a *Psicomotricidade Instrumental* privilegia a intervenção centrada em situações-problema, apelando-se à experimentação sensoriomotora, através de estimulação percetiva, simbólica e concetual. A sessão de Psicomotricidade Instrumental deve desenrolar-se num espaço que proporcione prazer sensoriomotor, recorrendo-se ao jogo simbólico e representações. Neste sentido, os materiais utilizados adquirem um sentido funcional, havendo uma relação precisa com o espaço e os objetos. A sessão de Psicomotricidade Instrumental é previamente programada pelo terapeuta e não há um envolvimento físico e afetivo tão vinculativo como na Psicomotricidade Relacional, sendo que o psicomotricista adota uma atitude mais diretiva, assumindo uma postura de comando (Martins, 2001).

Apesar de diferentes, a Psicomotricidade Relacional e a Instrumental convergem na medida em que utilizam o corpo em movimento, como meio de relação consigo próprio,

com o outro e com o envolvimento. Em ambas as vertentes a intervenção é de domínio sensoriomotor, privilegiando-se as características e necessidades de cada indivíduo.

## **2. Enquadramento Institucional**

Neste capítulo é apresentada a caracterização da instituição onde foi desenvolvido o estágio – a Associação Qe, uma Nova Linguagem para a Incapacidade. Para tal, consultou-se a informação disponível no site ([www.quintaessencia.pt](http://www.quintaessencia.pt)), complementada com dados fornecidos pela equipa técnica, de modo a proceder-se a uma descrição mais completa e atualizada.

### **2.1. Associação Qe, Uma Nova Linguagem para a Incapacidade**

A Associação Qe, sediada na freguesia da Abrunheira, concelho de Sintra, é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) sem fins lucrativos, que desenvolve um conjunto de ações que visam a promoção da autonomia, inclusão social e qualidade de vida de pessoas com DID, com idade igual ou superior a 16 anos, com e sem quadros psicopatológicos associados (Associação Qe, 2014).

#### **2.1.1. Resenha Histórica**

A Associação Qe surgiu das motivações de um grupo de pais e técnicos, decididos a desenvolver, em Portugal, uma mudança de atitudes no trabalho com adultos com dificuldades intelectuais, que possibilitasse a sua aceitação e integração socioprofissional. Na procura de novas respostas de intervenção, iniciou-se, em 2001, todo um processo de pesquisa e interação com instituições de outros países europeus, tomando-se conhecimento de práticas pedagógicas e de modelos arquitetónicos que inspiraram, de alguma forma, o projeto da Associação Qe. Na Dinamarca, conheceu-se o Gentle Teaching, uma abordagem pedagógica de interdependência que define a forma de relacionamento que se veio a adotar na instituição (Associação Qe, 2014).

A Associação Qe edificou-se no concelho de Sintra, num espaço que reflete a consideração pela diversidade de recursos naturais, como forma de estimulação e de plena fruição. Das instalações da Qe, fazem parte o Centro de Desenvolvimento e as Residências, inaugurados a 2 de janeiro de 2006, na altura com apenas quatro alunos, sendo que atualmente estão integrados cerca de 40 alunos (Associação Qe, 2014).

A Associação Qe iniciou-se como projeto privado, nesta fase ainda sob o nome de “Quinta Essência – Projetos de Reabilitação para a Pessoa com Deficiência, Lda”. Em julho de 2009, foi criada a “Associação Qe, uma Nova Linguagem para a Incapacidade”, constituída sob a forma de associação civil sem fins lucrativos, sendo atribuído o estatuto de IPSS em dezembro de 2009 (Associação Qe, 2014).

#### **2.1.2. Missão**

A Associação Qe tem como missão a promoção da qualidade de vida e desenvolvimento do pleno potencial de pessoas com DID, com idade igual ou superior a 16 anos. Na Associação Qe procura-se “conjugar as potencialidades de um modelo de socialização, no qual se destaca o contributo fundamental das famílias e das redes naturais e sociais de suporte, com a necessidade da criação de relações individualizadas e significativas, promotoras do desenvolvimento humano” (Associação Qe, 2014).

#### **2.1.3. Filosofia**

A filosofia da Associação Qe alicerça-se no modelo *Gentle Teaching*, uma abordagem pedagógica que orienta a postura dos cuidadores de pessoas com DID para a formação de vínculos e de relações interdependentes. Na Associação Qe, adota-se uma “forma de relacionamento que assenta na consciência de que a base das necessidades do ser humano está nos sentimentos” assumindo-se a importância de se sentir segurança, amor e compromisso afetivo (Associação Qe, 2014).

De acordo com a Associação Qe, a capacidade de aprendizagem deve-se, em grande parte, à relação de empatia estabelecida e, em menor peso, às estratégias e metodologias utilizadas. Com a prática deste modelo, a Associação Qe verifica que os objetivos são atingidos naturalmente, com motivação e empenho dos alunos (Associação Qe, 2014).

#### 2.1.4. Instalações

As instalações da Associação Qe compreendem um conjunto de áreas, as quais têm propósitos e objetivos pedagógicos diferentes – o Polo Pedagógico, o Polo Residencial, os Espaços Verdes e a Quinta (Anexo 1) (Associação Qe, 2014).

##### ▪ Polo Pedagógico

O Polo Pedagógico integra as valências necessárias à construção sustentada do projeto de autonomia e integração dos alunos, onde são realizadas as atividades promotoras das competências definidas no Programa de Desenvolvimento Individualizado (PDI), de acordo com o currículo no qual o aluno está inserido (Associação Qe, 2014).

As valências incluídas no Polo Pedagógico são os Simuladores de Atividades Profissionais, os Ateliers, as Salas de Formação e a Biblioteca, destinadas a alunos residentes e não residentes. Para além das atividades dinamizadas no espaço institucional, os alunos têm também oportunidade de frequentar atividades em contextos exteriores à Associação Qe – as Atividades Terapêuticas Externas – as quais estão enquadradas no projeto pedagógico do aluno (Associação Qe, 2014).

Os **Simuladores de Atividades Profissionais** recriam ambientes laborais, com o intuito de facilitar os processos de aprendizagem e de promover a transferência das competências adquiridas no Simulador para os contextos reais, potenciando-se a integração profissional e a socialização dos alunos. A criação dos Simuladores depende das parcerias profissionais estabelecidas com as empresas. Atualmente, estão em funcionamento os Simuladores de Restauração, Jardinagem, Compostagem, Canicultura, Serviço de Mesa Bar, estando em desenvolvimento os Simuladores de Manutenção e Limpeza e o de Apoio Administrativo e Secretariado (Associação Qe, 2014).

Os **Ateliers** têm como objetivo o desenvolvimento global da pessoa, quer em termos afetivos e emocionais, quer ao nível da promoção de competências sociais, físicas e cognitivas. Os ateliers são também um espaço privilegiado para a utilização da arte na sua vertente terapêutica, capaz de estimular o desenvolvimento humano de forma integrada. Os ateliers encontram-se organizados em seis locais distintos, são eles o OlhArte, ComunicArte, Espaço Movimento, Arte e Descoberta, Casa Vera e JardimArte (Associação Qe, 2014).

Na Tabela 1 encontram-se sistematizadas as atividades desenvolvidas nos ateliers supracitados.

Tabela 1 – Ateliers da Associação Qe e atividades desenvolvidas

<b>Ateliers</b>	<b>Atividades desenvolvidas</b>
OlhArte e ComunicArte	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitura e Escrita</li> <li>▪ Raciocínio Lógico-Matemático</li> </ul>
ComunicArte	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sala TEACCH – no ano letivo 2012/2013 início da aplicação do Modelo TEACCH, orientado para alunos com PEA</li> </ul>
Espaço Movimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desportos Coletivos</li> <li>▪ Ginástica Adaptada</li> <li>▪ Psicomotricidade</li> <li>▪ Dança</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relaxamento</li> </ul>
Arte e Descoberta	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expressão plástica, cerâmica e têxtil</li> <li>▪ Arteterapia</li> </ul>
Casa Vera	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acompanhamentos terapêuticos – Musicoterapia</li> </ul>
JardinArte	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jardinagem</li> <li>▪ Estufa</li> <li>▪ Canis</li> </ul>

Importa referir que a intervenção psicomotora, realizada no âmbito do estágio, teve lugar no Espaço Movimento, um local amplo e com vidraças, equipado com diversos materiais, que constituem um recurso importante na prática psicomotora. Dos materiais presentes nesta sala, podemos referir, a título de exemplo, colchões, bastões, blocos, arcos, bolas de diferentes tamanhos e texturas, banco sueco, jogos didáticos e leitor de CD's. A disponibilidade e diversidade dos recursos materiais referidos constituiu um aspeto facilitador da intervenção durante o estágio.

As **Salas de formação** são utilizadas para reuniões, palestras e outros eventos de carácter formativo (Associação Qe, 2014).

A **Biblioteca**, por seu turno, destina-se às atividades de Leitura e Escrita, Treino de Competências Sociais e ao Grupo de Comunicação. É um local de livre acesso para a leitura, dispondo de um arquivo com bibliografia diversificada (Associação Qe, 2014).

As **Atividades terapêuticas externas** incluem a Equitação Terapêutica, Natação Adaptada, Dança e Teatro e Trampolins, que têm lugar em contextos exteriores à instituição. São fruto de parcerias estabelecidas com a comunidade e visam maximizar o contacto dos alunos com outros sistemas, bem como diversificar o tipo de atividades (Associação Qe, 2014).

#### ▪ Polo Residencial

O Polo Residencial é composto por duas residências, a Casa da Água e a Casa do Fogo, cada uma destas equipada com uma sala de estar, oito quartos (quatro duplos e quatro individuais), uma casa de banho exclusiva a cada dois residentes, despensa e lavandaria (Associação Qe, 2014).

Nas residências pretende-se proporcionar um ambiente familiar e acolhedor, com respeito pela privacidade e preferências dos moradores, na organização dos seus espaços. São também consideradas as questões da funcionalidade ao nível das atividades da vida diária (alimentação, vestuário, higiene pessoal), bem como da autonomia na comunidade (Associação Qe, 2014).

As residências destinam-se não só aos alunos permanentes, como também a estadias temporárias ou ocasionais, sendo supervisionadas a tempo inteiro (Associação Qe, 2014).

#### ▪ Espaços Verdes

A Associação Qe é rica em espaços verdes, os quais definem um envolvimento característico desta instituição. Estes espaços privilegiam a estimulação sensorial, sendo também ideais para o convívio e realização de atividades recreativas e de lazer (Associação Qe, 2014).

#### ▪ Quinta

A Quinta engloba o canil, a casa dos animais e a estufa, que constituem um espaço terapêutico de contacto com os animais e a natureza. Nestes locais são também postos em prática os Simuladores de Atividades Profissionais de Jardinagem, Compostagem e Canicultura (Associação Qe, 2014).

### **2.1.5. Tipos de Serviços**

A associação Qe disponibiliza diferentes tipos de serviços aos clientes – a Residência, o serviço Activ e o serviço Atelier, existindo também a possibilidade de conjugação dos serviços Residência e Activ, bem como Residência e Atelier (Associação Qe, 2014).

É relevante esclarecer as especificidades dos serviços Activ e Atelier, no sentido de se entender os diferentes tipos de resposta dados aos alunos, cuja escolha assenta numa avaliação cuidada do seu Perfil de Competências Funcional.

#### ▪ Activ

O serviço Activ compreende uma forte componente de socialização e desenvolvimento profissionalizante, mediante um conjunto de experiências de integração socioprofissional, atividades externas e simuladores profissionais. Este serviço oferece também respostas ao nível da aquisição e/ou sustentação de aprendizagens escolares (e.g. raciocínio lógico-matemático, leitura e escrita), baseado numa intervenção psicoeducativa (Associação Qe, 2014).

#### ▪ Atelier

O serviço Atelier comporta uma vertente mais ocupacional e terapêutica, visando essencialmente o bem-estar dos alunos (Associação Qe, 2014).

#### ▪ Avaliação do Perfil de Competências Funcional

O projeto pedagógico traçado para os alunos da Associação Qe é resultado de um processo de avaliação extensiva, que permite definir o Perfil de Competências Funcional do aluno e, posteriormente, avançar com um conjunto de propostas de intervenção adequadas às necessidades individuais. Neste processo, são avaliadas competências de autonomia pessoal, comportamento social, desenvolvimento físico e desenvolvimento cognitivo, complementadas com informações fornecidas pelos familiares ou cuidadores e provenientes de relatórios anteriores (Associação Qe, 2014).

A avaliação inicial decorre durante três dias e, posteriormente, é delineado um Plano de Intervenção Transitório (PIT), aplicado durante três meses. Após a fase de transição, é traçado o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), no qual se definem os objetivos de intervenção específicos para cada aluno, a decorrer durante um ano letivo. No final desse período, são realizadas reavaliações, procedendo-se aos ajustamentos necessários do plano interventivo (Associação Qe, 2014).

### **2.1.6. Equipa**

A Associação Qe conta com o trabalho de uma equipa pluridisciplinar, agrupada em diferentes áreas de operação – a Área Administrativa e Financeira, a Área da Comunicação e Imagem e a Área Pedagógica, sendo que esta última inclui o Polo Residencial e o Polo Pedagógico (Associação Qe, 2014).

Neste relatório, será especificada apenas a equipa interveniente no Polo Pedagógico, uma vez que foi com esta equipa que se estabeleceu maior comunicação durante o estágio. Esta é constituída por 11 profissionais especializados em áreas distintas, formando uma equipa multidisciplinar, que procura articular o seu trabalho de forma transversal, reunindo-se para tratar de questões operacionais e para discussão de casos, numa periodicidade quinzenal e mensal, respetivamente (Associação Qe, 2014).

A equipa do Polo Pedagógico subdivide-se ainda em três Núcleos de Coordenação Pedagógica, com áreas de intervenção relacionadas – o Núcleo de Desporto, Reabilitação Motora e Psicomotora, o Núcleo de Reabilitação Cognitiva e Expressão Artística e o Núcleo de Reabilitação e Inserção Socioprofissional (Associação Qe, 2014).

A Associação Qe conta também com a participação de voluntários e estagiários de diferentes instituições de ensino (Associação Qe, 2014).

Na Figura 1 encontra-se esquematizada a organização da equipa técnica do Polo Pedagógico, com referência às áreas de intervenção dos profissionais envolvidos. No anexo 2, pode-se consultar o organograma completo da instituição.

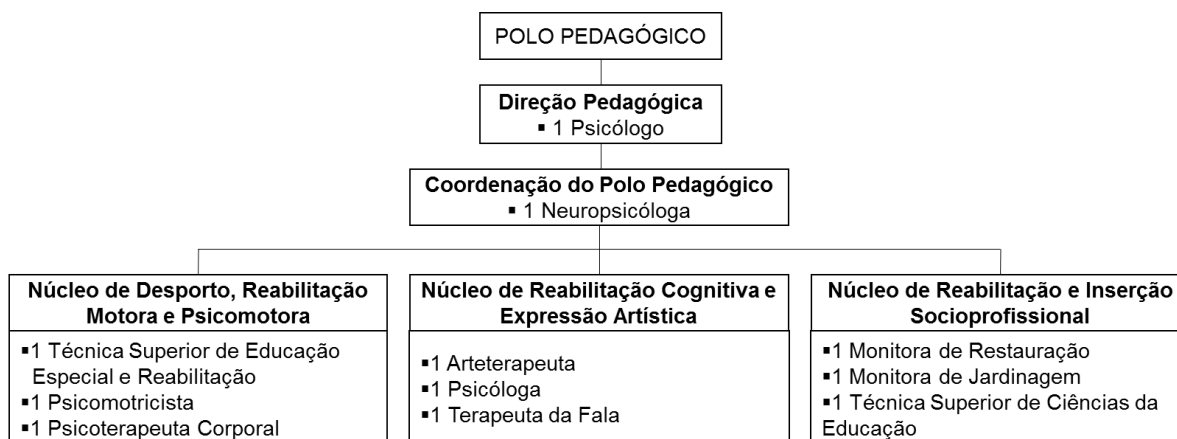


Figura 1- Organização da equipa técnica do Polo Pedagógico (Adaptado de Associação Qe, 2014).

### 2.1.7. Psicomotricidade na Instituição

Na Associação Qe, a Psicomotricidade enquadra-se nas intervenções desenvolvidas pelo Núcleo de Desporto, Reabilitação Motora e Psicomotora, o qual é responsável por um conjunto de iniciativas e projetos, que visam a atividade motora, a expressão corporal e a terapia pelo movimento, apostando-se na diversidade de contextos e nas dinâmicas grupais. Fazem parte das atividades desenvolvidas por este Núcleo a Dança Criativa, Natação Adaptada, Equitação Terapêutica, Trampolins, Ginástica, Desportos Coletivos, Relaxamento, entre outras.

A intervenção psicomotora na Qe é de carácter grupal e ocorre em contexto de ginásio. Existem vários grupos de Psicomotricidade, com os quais são trabalhados aspetos diferentes: em determinados grupos, a Psicomotricidade assume um carácter mais instrumental, com realização de tarefas específicas em circuito, o que permite organizar a ação motora em função do espaço; noutros grupos, são explorados jogos cooperativos e dinâmicas de grupo, potenciando-se a expressão corporal.

### 2.1.8. Articulação com a Comunidade

A Associação Qe pretende que a relação com a comunidade seja de proximidade e disponibilidade, desenvolvendo projetos e iniciativas que assegurem o envolvimento com a comunidade, em diferentes domínios (Associação Qe, 2014).

No domínio socioprofissional, a Associação Qe procurou garantir aos alunos o acesso a experiências laborais em contextos externos, potenciando-se a sua autonomia e integração social. Para tal, a Associação Qe estabeleceu um conjunto de parcerias profissionais com diferentes entidades, de entre as quais o Jumbo/Auchan e a Fonte Viva, onde os jovens exercem atividades profissionalizantes (Associação Qe, 2014).

A Associação Qe também se articula com a comunidade no sentido de facultar aos alunos a realização de atividades e terapias em locais externos ao espaço institucional, promovendo-se assim um maior contacto com outros contextos, bem como uma oferta terapêutica mais diversificada. Desta iniciativa, resultaram as “Atividades Terapêuticas Externas”, as quais têm lugar na Piscina Municipal de Mira-Sintra (Natação Adaptada), no Clube D. Carlos I (Equitação Terapêutica); no Ginásio da Tuna Operária de Sintra (Trampolins) e no Quorum Ballet (Dança) (Associação Qe, 2014).

A importância das Atividades Terapêuticas Externas não se resume ao facto de ocorrerem no exterior, mas também por estarem associadas a projetos ricos do ponto de vista do envolvimento comunitário. A título de exemplo, a classe dos Trampolins Qe, juntamente com a classe do Projeto Ginástica Qe, marcou presença no Sarau da Tuna Operária de Sintra e no Portugal Gym 2013, que se realizou em Guimarães. Este projeto encerra uma forte componente social, não só pelas exibições em público, mas também pela coesão e interação do grupo de atletas, sem esquecer a rede de apoio comunitária, familiar e técnica, que conjugou esforços no sentido de concretizar o projeto.

Do ponto de vista científico-tecnológico, a Associação Qe articula-se com instituições de ensino, como a Faculdade de Motricidade Humana e Instituto Superior de Psicologia Aplicada, cuja comunicação é essencial, por exemplo, no enquadramento de modelos teóricos e de metodologias, aplicados na Associação Qe (Associação Qe, 2014).

### 3. Gentle Teaching

Ao aprofundar as competências profissionais numa instituição, o estagiário torna-se parte integrante da mesma, absorvendo a sua filosofia e formas específicas de atuação, o que se reflete nas relações e ações desenvolvidas. O Gentle Teaching, enquanto abordagem pedagógica adotada na instituição onde foi realizado o estágio, funcionou como um modelo orientador, especialmente em termos da postura e estratégias adotadas devendo, por isso, ser devidamente aprofundado.

O Gentle Teaching, desenvolvido por McGee, Menolascino, Hobbs e Menousek, na década de 80, constitui uma pedagogia de interdependência, que propõe uma “abordagem não-aversiva para ajudar pessoas com deficiência mental”. O objetivo principal deste modelo centra-se na formação de vínculos entre os cuidadores e as pessoas com necessidades especiais, i. e., no estabelecimento de relacionamentos recíprocos, afetuosos e continuados. Para que a vinculação aconteça, os autores consideram necessário que a pessoa com necessidades especiais integre três processos interacionais: 1) que a presença do cuidador significa proteção e segurança, 2) que as suas palavras e contactos são recompensadores e 3) que a participação produz recompensa (McGee et al, 2008).

Os autores sugerem uma associação dos processos interacionais supracitados com o paradigma de aprendizagem antecedente-resposta-consequência. De modo específico, o antecedente de toda a aprendizagem é a valorização da *presença humana* e está dependente da proteção emocional e da segurança física transmitidas. A *participação humana* é a resposta e com ela pretende-se gerar um fluxo de interações assentes em valores mutuamente partilhados, utilizando-se a tarefa como veículo. A consequência é a *recompensa humana* e tal é possível quando se atribui valor à presença humana, quando se entende o significado e o poder das palavras, dos contactos, dos gestos, acima de outras formas de reforço. Aqui o processo não deve ser mecânico, pelo contrário, a recompensa deve ser dada de forma dinâmica e criativa (McGee et al, 2008).

No estabelecimento de relações interdependentes, está subjacente um conjunto de atitudes, crenças e valores que definem uma postura. Os autores do Gentle Teaching preconizam uma postura solidária, caracterizada pela aceitação, tolerância e reciprocidade e assente no respeito pela pessoa, com a qual se partilha a interdependência nas interações e esforços para se atingir objetivos comuns. Na postura solidária assume-se o desejo sincero de se promover o crescimento e aprendizagem humanos, numa base de confiança e cooperação (McGee et al, 2008).

McGee e colaboradores (2008) estão cientes de que manter uma postura solidária poderá ser difícil em determinadas situações, nomeadamente quando se lida com comportamentos violentos e agressivos, porém, é precisamente nesses momentos que se deve apostar na transmissão de valores de aceitação e tolerância. Aqui, o foco não será a eliminação dos comportamentos problema, mas continuamente a formação de vínculos, através da qual a pessoa evolui para relacionamentos interdependentes e interativos. Para

os autores, muitas abordagens falham justamente por se centrarem na eliminação de respostas indesejadas, muitas vezes através de práticas punitivas, que impedem a aprendizagem e resultam em submissão (McGee et al, 2008).

Questionamo-nos, agora, à luz do Gentle Teaching, que estratégias e técnicas utilizar mediante os comportamentos destrutivos e perturbadores? Que procedimento se deve seguir? Os autores desse modelo propõem o paradigma ignorar-redirecionar-recompensar como resposta a essas questões. *Ignorar*, neste processo, significa dar pouco valor às respostas indesejadas, de modo a remover o seu poder; é atuar como se a resposta não estivesse a acontecer. O contacto ocular e físico deve, portanto, ser minimizado ou evitado, assim como todas as formas de atenção negativa para o comportamento inapropriado. Esta estratégia aplica-se quando a segurança não está comprometida e, se estiver, será necessário proceder à interrupção, de modo a se impedirem eventuais danos. A interrupção deverá ser o menos invasiva possível, evitando-se a punição e as imobilizações tipicamente utilizadas, pois o intuito é atenuar a resposta e não intensificá-la, sendo que a participação deverá ser retomada tão rapidamente quanto possível. *Redirecionar*, por sua vez, significa orientar a pessoa para interações recompensáveis, através da comunicação de alternativas aceitáveis às respostas inapropriadas, preferencialmente de forma não verbal, por meio de ajudas físicas e gestos. Ao se redirecionar, pretende-se reestabelecer a interação e a participação e o final é o forte investimento na recompensa humana (McGee et al, 2008).

Os autores do Gentle Teaching sublinham que a criação de interações mutuamente valorizantes não resulta automaticamente na redução de respostas indesejadas, o trabalho deve ser contínuo e persistente e requer também o domínio de técnicas de prevenção dos comportamentos perturbadores, numa perspetiva proativa, em vez de reativa. Neste sentido, é importante saber detetar os sinais precursores dos comportamentos indesejados, pois reconhecendo-os torna-se possível fazer ajustamentos nas interações ou atividades, suscetíveis de evitar os mesmos. A gestão prévia do ambiente também poderá ser favorável. Ao se limitar o acesso a determinados objetos ou a proximidade a portas e janelas, por exemplo, poder-se-á minimizar o risco de se adotar certos comportamentos perturbadores (McGee et al, 2008).

Como vimos, ainda que o propósito do Gentle Teaching não se prenda com a eliminação de comportamentos desajustados, a verdade é que o contacto com os mesmos faz refletir e ponderar um conjunto de estratégias e procedimentos, até porque, segundo McGee e colegas (2008), a população com DID apresenta maior risco de apresentar problemas de comportamento, nomeadamente agressivos, autoestimulativos e automutiladores, não se podendo descuidar esta realidade nas relações interdependentes.

#### **4. Problemáticas da População Apoiada**

Este capítulo contempla uma revisão bibliográfica sobre determinadas problemáticas relacionadas com a população apoiada, pretendendo-se um enquadramento teórico para a prática profissional.

No estágio profissionalizante, desenvolveu-se um trabalho vocacionado para pessoas com DID, com idade igual ou superior a 16 anos, fazendo-se necessário abordar os paradigmas emergentes do estudo das características e necessidades dos indivíduos com esse diagnóstico. No contacto com a população apoiada, houve a sensibilização para outras questões concomitantes, como a presença de sintomas psicopatológicos, numa confluência da DID com Doença Mental. Surgiu também o interesse de refletir sobre o processo de envelhecimento na população com DID, em função da intervenção com um grupo de indivíduos, com idades mais avançadas, ainda que não considerados idosos pela sua idade cronológica. A PEA, enquanto diagnóstico do estudo de caso, constitui também um objeto de pesquisa, incluída neste capítulo.

#### 4.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

O termo Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) veio substituir a nomenclatura anterior de Deficiência Mental, sendo que esta atualização reflete uma mudança no entendimento do conceito da DID. Num primeiro impacto, reparamos que o termo “deficiência” é estigmatizante e encerra uma componente de irrecuperabilidade e imperfeição do sujeito, enquanto o termo “dificuldade” oferece uma perspectiva positiva, sugerindo a capacidade de se ultrapassar uma limitação (Morato e Santos, 2007).

A mudança de paradigma subjacente à substituição da nomenclatura está relacionada com a inclusão do comportamento adaptativo como critério de diagnóstico da DID, não sendo assim o Quociente de Inteligência (QI) o único determinante (Morato & Santos, 2007). O comportamento adaptativo, por ser influenciado pelo processo de ensino-aprendizagem, está em constante evolução, de modo que as competências adaptativas acompanham o indivíduo ao longo da sua vida (Santos & Santos, 2007), ao contrário do QI, que representa um constructo fixo e imutável, com uma carga incapacitante e estigmatizante (Morato & Santos, 2007). Nesta nova visão, é dada ênfase ao contexto ecológico e adaptativo do indivíduo e menor peso ao postulado psicométrico (Morato & Santos, 2007), sendo que a reabilitação desempenha um papel fulcral, na medida em que estuda a interação do indivíduo no meio, tornando-se um modelo impulsionador, que permite perceber de que forma é que essa interação poderá ocorrer de forma mais benéfica (Santos & Morato, 2002).

Atendendo aos critérios de diagnóstico atuais, a DID é então caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, expressas nas capacidades conceptuais, sociais e práticas e com idade de início antes dos 18 anos (Schalock et al. 2007; Tassé et al, 2012). Do ponto de vista da aplicação desta nova conceção da DID, é considerado um conjunto de cinco premissas (Luckasson et al, 2002):

- As limitações do funcionamento devem ser consideradas no contexto ecológico e sociocultural onde o indivíduo se insere, em função das expectativas da sociedade para os indivíduos da mesma idade;
- Uma avaliação válida deve considerar a diversidade cultural e linguística, assim como as diferenças observáveis nos aspetos comunicacionais, comportamentais, sensoriais e motores;
- As limitações de um indivíduo coexistem com potencialidades e capacidades;
- A avaliação das limitações deve resultar no desenvolvimento de um perfil individual de apoios;
- A funcionalidade de vida da pessoa com DID geralmente melhora, com apoio adequado e personalizado, prestado durante um determinado período de tempo.

Neste seguimento, importa referir que os apoios são entendidos como os recursos e estratégias que promovem os interesses e o bem-estar dos indivíduos e que resultam em maior independência pessoal e produtividade, maior participação numa sociedade interdependente, maior integração na comunidade e, no fundo, uma melhor qualidade de vida. Os apoios são providenciados tendo em conta o contexto e devem ser priorizados em função das necessidades e interesses da pessoa. Deve ser realizada uma avaliação regular dos apoios prestados, de modo a se monitorizar as mudanças de cada indivíduo ao longo do tempo, ajustando-se as metas a alcançar (Thompson et al, 2002).

No novo paradigma, os apoios assumem um papel central, passando a DID a ser classificada segundo as necessidades de apoio do indivíduo, que poderão ser de carácter intermitente, limitado, persistente e extensivo. Os apoios intermitentes são necessários esporadicamente, especialmente em períodos de transição do ciclo de vida da pessoa ou em momentos de crise. Os limitados são mais persistentes em termos de intensidade, mas de curta duração; são aplicados em períodos de treino, por exemplo, requerendo uma assistência limitada no tempo. Os extensivos são regulares e sem limitações no tempo,

podendo ser usados em ambientes como a escola, o local de trabalho e lares. Os persistentes são constantes, estáveis e de alta intensidade, podendo envolver um maior número de pessoas e vários contextos (Luckasson et al, 2002; Thompson et al, 2002).

Relativamente à etiologia da DID, existem diversos fatores subjacentes, incluindo-se os biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais. Os fatores biomédicos dizem respeito a processos de ordem biológica, como as mutações genéticas e má nutrição; os fatores sociais englobam a qualidade das interações sociais e familiares; os comportamentais incluem comportamentos de risco dos progenitores, abusos físicos e psicológicos; e por último, os fatores educativos, que se relacionam com os apoios educativos, que devem promover o desenvolvimento do comportamento adaptativo. Os fatores podem ocorrer em tempos distintos, durante a fase pré-natal, a fase perinatal e na fase pós-natal. É importante conhecer a etiologia da DID no sentido de se poder atuar na sua prevenção específica, bem como para se traçar um plano de intervenção mais eficaz (Luckasson et al, 2002).

Relativamente às características da DID, atendendo à heterogeneidade dos indivíduos, iremo-nos focar naquelas que estão relacionadas com o próprio diagnóstico, que envolvem limitações no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, expressas nas capacidades sociais, com influência nas relações interpessoais, autoestima, cumprimento de regras e resolução de problemas sociais; nas capacidades práticas, com comprometimento na autonomia nas atividades da vida diária, nomeadamente na alimentação, vestuário, deslocação, tarefas domésticas, cuidados de saúde e lazer; e nas capacidades conceituais, que incluem limitações na linguagem, leitura e escrita, conceito de números e de tempo, entre outras (Luckasson et al, 2002).

#### 4.2. DID e Doença Mental

A doença mental e a outrora designada por “deficiência mental” nem sempre foram entendidas de forma distinta; se, atualmente, existe uma clarificação que permite definir um diagnóstico dual, no passado verificava-se uma confusão entre estes dois constructos (Szymanski, 1994).

Em meados do século XIX, o apoio a pessoas com DID era considerado uma responsabilidade dos serviços de psiquiatria, contudo alguns psiquiatras foram perdendo o interesse no estudo desta população, por entenderem que apresentavam uma “desordem irrecuperável do cérebro” (Szymanski, 1994, p. 22) ou por não possuírem a inteligência e as competências linguísticas necessárias ao desenvolvimento das terapias. As pessoas com DID ficaram afastadas dos serviços de psiquiatria, a menos que fosse necessário prescrever medicação para que se tornassem mais “dóceis” e foi sendo descurado o estudo de perturbações mentais nesta população. Acreditava-se, inclusivamente, que as pessoas com DID não poderiam desenvolver alguns quadros psicopatológicos como a depressão, porque o seu défice cognitivo não permitia uma perceção das suas dificuldades. Paralelamente, alguns psiquiatras reconheciam a existência de um diagnóstico dual, embora os estudos sobre esta matéria permanecessem escassos (Szymanski, 1994).

Nas últimas décadas, a doença mental em pessoas com DID tem recebido uma atenção crescente, devido a duas razões fundamentais: a primeira é o reconhecimento do direito das pessoas com diagnóstico dual a receber um tratamento adequado e especializado; e a segunda tem que ver com o princípio da normalização, segundo o qual deve ser garantida a participação das pessoas com diagnóstico dual na comunidade, de modo a poderem usufruir plenamente dos seus serviços e recursos (Szymanski, 1994).

Contudo, o **diagnóstico** de uma perturbação mental na DID não é um processo simples, sendo dificultado por um conjunto de fatores. Moss (1999) refere que muitos profissionais não estão especializados neste domínio e, por outro lado, a pessoa com DID poderá não ser capaz de reconhecer um sintoma de perturbação mental ou até mesmo de reportá-lo.

Szymanski (1994) esclarece que, no diagnóstico psiquiátrico, considera-se a avaliação dos processos emocionais, psicológicos e afetivos, através da comunicação direta com os pacientes, o que na DID poderá ser dificultado devido a limitações nas competências linguísticas, bem como nas capacidades cognitivas necessárias ao desenvolvimento do pensamento conceitual. Barnhill e McNelis (2012) sustentam esta ideia, observando que muitas pessoas com DID têm dificuldades em compreender e descrever os seus processos internos, o seu estado de humor, podendo não ser capazes de providenciar a informação necessária à compreensão do diagnóstico clínico. Alternativamente, o profissional clínico terá de fazer o diagnóstico através da observação direta dos comportamentos e sintomas que se possam enquadrar num quadro psicopatológico e/ou confiar numa fonte secundária (Barnhill & McNelis, 2012), sendo que aqui os cuidadores desempenham um papel central na deteção de possíveis sintomas psicopatológicos e fornecimento de informação (Costello & Bouras, 2006).

Por outro lado, para que o diagnóstico de uma perturbação mental na DID seja claro, é necessário desenvolver instrumentos válidos e estandardizados para esta população (Morato & Silva, 1999). Para Costello e Bouras (2006) não existe consensualidade em relação ao modo mais apropriado de avaliação e diagnóstico de perturbações mentais na DID. Ao se utilizarem os sistemas de classificação estandardizados para a população em geral, assume-se que os indivíduos com DID possuem as competências linguísticas necessárias e que apresentem problemas de saúde mental da mesma forma que os indivíduos sem DID. Porém, há a possibilidade de se verificarem sintomas e comportamentos nesta população incompatíveis com os sistemas vigentes, emergindo dúvidas em relação ao tipo de sintomas a serem incluídos num possível quadro psicopatológico. Para os autores referidos, a utilização rotineira dos instrumentos de avaliação padronizados para a população em geral pode conduzir a melhorias na qualidade das pesquisas e diagnósticos, mas não deixa de ser crucial o investimento em iniciativas de formação e especialização, pois será através de um diagnóstico apropriado que se poderá estabelecer as diretrizes necessárias a uma intervenção adequada.

Atendendo às dificuldades de identificação de perturbações mentais na DID, Barnhill e McNelis (2012) sugerem a possibilidade de serem atribuídos diagnósticos de forma errónea. Costello e Bouras (2006) alertam também para a possibilidade de ausência de diagnóstico.

Morato & Silva (1999) estudaram, em Portugal, um contexto institucional de atendimento a crianças e adolescentes com DID e observaram que, apesar de vários elementos da amostra evidenciarem aparentes sintomas psicopatológicos, na consulta dos seus processos médicos não existia referência a um diagnóstico específico, mas sim a um conjunto de sintomas e comportamentos deste foro (e.g. instabilidade, traços agressivos, entre outros).

Na população com DID, um dos fatores que parece sensibilizar os cuidadores para a possibilidade de um problema psicopatológico, e conseqüente procura dos serviços de saúde mental, é a presença de um problema de comportamento (Luty & Cooper, 2006).

Emerson (1995) refere-se especificamente a **comportamentos desafiantes**, definindo-os como comportamentos culturalmente inaceitáveis, de tal intensidade, frequência ou duração que a segurança física dos outros ou da própria pessoa possa estar em risco; trata-se de um comportamento suscetível de limitar o acesso a instalações comunitárias, podendo este ser negado.

Barnhill e McNelis (2012) indicam que os comportamentos desafiantes estão mais associados a fases de transição na vida da pessoa com DID (e.g. puberdade, envelhecimento, mudança de residência/instituição), uma vez que estas encerram um conjunto de mudanças psicológicas, que requerem uma maior necessidade de ajustamento psicossocial, despoletando, frequentemente, um problema de saúde mental. O início ou agravamento de comportamentos desafiantes, sobretudo os que estão relacionados com

agressão e automutilação, impulsionam a procura dos serviços de saúde mental. O impacto destes comportamentos gera uma atenção imediata e os profissionais clínicos podem colocar o foco sobre os mesmos e não reconhecer a existência primária de uma perturbação do foro psiquiátrico. A situação inversa pode também acontecer, quando se assume a presença de um diagnóstico de perturbação mental, mesmo com evidências insuficientes para um diagnóstico apropriado.

Num estudo realizado por Emerson e colaboradores (2001), 10 a 15% de pessoas com DID, em contacto com serviços sociais, de educação ou saúde, apresentaram comportamentos desafiantes. As formas de comportamentos desafiantes mais reportadas foram agressão, comportamentos destrutivos e automutiladores. Nas pessoas que apresentavam comportamentos desafiantes mais graves, as necessidades de apoio nas atividades da vida diária eram mais intensas, sendo também mais acentuadas as limitações nas competências de comunicação, tanto de receção como de expressão. Os comportamentos de agressão foram mais comuns nas pessoas com dificuldades intelectuais ligeiras, estando os comportamentos automutiladores mais associados a pessoas com dificuldades intelectuais mais severas, com menor mobilidade, mais dificuldades nas competências cognitivas e mais estereotípias.

Felce, Kerr e Hastings (2009) verificaram que os comportamentos desafiantes estão fortemente associados a problemas psiquiátricos em pessoas com DID e a relação é mais forte quanto mais baixo for o comportamento adaptativo. Para Hemmings (2007) o diagnóstico de uma perturbação mental na DID é mais complexo e controverso nos casos em que a dificuldade intelectual é “profunda”, sendo necessário um diagnóstico preciso ao invés de se indicar vagamente que existem problemas de comportamento.

Hemmings (2007) observa que a relação entre DID, diagnóstico psiquiátrico e comportamentos desafiantes é complexa. Nem todos os comportamentos desafiantes advêm de uma perturbação psiquiátrica e, mesmo que coexistam, não significa que haja necessariamente uma relação direta. Os comportamentos desafiantes podem estar a exacerbar uma perturbação psiquiátrica, assim como uma perturbação psiquiátrica pode estar a contribuir para o aparecimento ou agravamento de comportamentos desafiantes. Neste sentido, é importante definir uma linha de base para se verificar se existem mudanças de comportamento e é necessário verificar se um determinado comportamento faz parte de um quadro psicopatológico ou não.

Costello e Bouras (2006) esclarecem que os comportamentos desafiantes não constituem uma categoria diagnóstica, pois são utilizados para determinar as necessidades de indivíduos com DID nos serviços comunitários. Se um comportamento é considerado desafiante, isto dependerá do que a pessoa faz, onde o faz e da forma como é interpretado.

Relativamente à **etiologia** das perturbações mentais na população com DID, Szymanski (1994) refere que esta não será diferente das pessoas sem DID e resulta da interação entre muitos fatores e mecanismos que influenciam a adaptação psicossocial do indivíduo, sendo eles de ordem biológica, psicológica e socioculturais. Moss (1999) sugere que as pessoas com DID estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de uma perturbação mental, comparativamente às pessoas sem DID, e considera igualmente a influência dos fatores mencionados por Szymanski (1994), dando como exemplos as anomalias genéticas, rejeição parental, institucionalização, estigma social e fragilidade em termos dos mecanismos e estratégias para lidar com determinadas questões stressoras.

Morato e Silva (1999) sublinham a necessidade de se estudarem as possíveis causas da perturbação mental, sejam elas diferentes na população com DID ou idênticas às da população em geral, de modo a se promover medidas preventivas em relação ao aparecimento ou agravamento dos sintomas psicopatológicos.

A **epidemiologia** da DID em comorbilidade com perturbações psiquiátricas é pouco conhecida e o facto dos serviços de saúde mental estarem separados dos serviços de apoio à DID levou a uma subestimação da prevalência do diagnóstico dual (Morgan, Leonard, Bourke & Jablensky, 2008). Os autores, num estudo com 245 749 indivíduos,

verificaram que 31,7% das pessoas com DID apresentaram uma perturbação mental, estando a esquizofrenia sobre representada nesta amostra. No mesmo estudo, observou-se que há menos prevalência de perturbações mentais em indivíduos que tenham uma DID com causa genética (e.g. trissomia 21).

A depressão e a ansiedade parecem estar também associadas às pessoas com DID, com idade igual ou superior a 50 anos (Hermans & Evenhuis, 2012). No estudo desenvolvido por estes autores, verificou-se que um aumento de sintomas depressivos está associado a um aumento dos sintomas de ansiedade, bem como ao número de eventos de vida no último ano e a doenças crónicas, mas negativamente associado ao nível de competência nas atividades de vida diária.

Para Morato e Silva (1999), será através da elaboração de métodos e instrumentos de avaliação específicos para a população com DID que se poderá precisar a prevalência de perturbações mentais nesta população. Curiosamente, num estudo realizado por Myrbakk e von Tetzchner (2008), onde se investigou a prevalência de perturbações mentais em pessoas com DID com e sem problemas de comportamento, os autores encontraram diferenças na correlação entre os problemas de comportamento individuais, em função das diferentes escalas utilizadas para o diagnóstico psiquiátrico. Embora os autores não tenham estudado estas diferenças, estes sugerem que a escolha do instrumento pode influenciar os resultados dos estudos epidemiológicos.

Apesar de as pessoas com DID experienciarem uma elevada prevalência de perturbações mentais, muitos indivíduos têm dificuldade em aceder adequadamente aos serviços de saúde mental. As dificuldades de acesso prendem-se, sobretudo, com a escassez de dados epidemiológicos, a falta de formação profissional específica para ambos os ramos e a cultura de divisão entre os serviços de apoio à DID os serviços de saúde mental (Evans, Howlett, Kremser, Simpson, Kayess & Trollor, 2012), os quais têm diferentes missões, filosofias e fontes orçamentais (VanderSchie-Bezyak, 2003).

Neste sentido, Costello e Bouras (2006) reforçam a necessidade de se investir em iniciativas de formação, com vista à especialização dos profissionais não só na identificação de perturbação mental, como também na tomada de decisões informadas, as quais são fundamentais para a promoção do acesso adequado aos serviços de saúde mental. A **intervenção** deve basear-se numa abordagem integrativa, com o contributo de uma equipa multidisciplinar coordenada e coesa, bem como dos familiares, promovendo-se a participação na comunidade (Barnhill & McNelis, 2012; Szymanski, 1994).

Para Morato e Silva (1999), a intervenção parece direcionar-se para a DID, mesmo quando são os problemas de comportamento ou as possíveis psicopatologias que impossibilitam a integração e a participação da pessoa com DID. Szymanski (1994) observa que os problemas de comportamento são uma das principais, senão a principal, razão na falha dos processos de integração na comunidade. Assim, Barnhill e McNeils (2012) sugerem que a intervenção no diagnóstico dual deve integrar a terapia comportamental e teorias de aprendizagem, de modo a se agir nos comportamentos alvo.

Morato e Silva (1999) sugerem que, em termos terapêuticos, se deva explorar a psicoterapia, privilegiando-se os aspetos do comportamento em diferentes situações, bem como a interpretação da linguagem corporal, uma vez que a linguagem verbal e o pensamento concetual estão comprometidos. De facto, as barreiras linguísticas não se circunscrevem ao diagnóstico, estando também presentes no processo interventivo.

Para Dosen (2007) o tratamento não se deve centrar nos sintomas da perturbação mental, mas sim na reestruturação do bem-estar da pessoa, sendo que o problema de saúde mental será abordado em termos do processo que contribuiu para o seu aparecimento, o que implica a compreensão dos mecanismos que o despoletaram. Para Szymanski (1994) o objetivo não pode ser apenas a supressão dos sintomas, mas também a organização da personalidade do indivíduo e do seu envolvimento familiar e comunitário.

Dosen (2007) descreve uma abordagem multidimensional no diagnóstico e tratamento, a qual integra os aspetos desenvolvimentais, sociais, psicológicos e biológicos.

Na abordagem de tratamento, a dimensão desenvolvimental surge em primeiro plano e esta compreende o conhecimento da pessoa e do seu nível de desenvolvimento emocional, através da interação com esta e atendendo às suas necessidades emocionais. A dimensão social refere-se à promoção um envolvimento que permita a adaptação e interação da pessoa, de acordo com as suas necessidades. Em termos da dimensão psicológica, foca-se a psicoterapia e a ativação das capacidades de resolução de problemas e de adaptação às circunstâncias envolvimentoais. Por último, a dimensão biológica comporta a revisão e ajustamento de medicação psicotrópica, se esta for necessária como suporte das restantes linhas de terapia e intervenção.

A respeito da terapia farmacológica, importa referir que, no passado, era bastante comum serem administradas doses elevadas de psicofármacos, habitualmente antipsicóticos, quando os comportamentos dos indivíduos eram considerados inaceitáveis, sem se ter em conta os efeitos secundários ou o próprio diagnóstico (Szymanski, 1994).

Flórez (1994, cit. por Morato e Silva, 1999) repara que os psicofármacos administrados para pessoas com DID assentam sobre sintomas como a agitação, ansiedade e depressão, mas não sobre o diagnóstico do quadro conjunto, sendo que nem sempre se analisa a causa real desse sintoma ou o contexto em que surge. Ademais, a prescrição normalmente recai sobre um único profissional, regra geral um médico, sem ser discutida no âmbito de uma equipa multidisciplinar. O mesmo autor observa que, na DID, a terapia farmacológica psicotrópica para os problemas de conduta, por vezes, assume o protagonismo, deixando para segundo plano a dificuldade intelectual. Esclareça-se que os medicamentos psicotrópicos são qualquer agente receitado com o objetivo de se proporcionar alterações comportamentais, cognitivas e emocionais (Brauchesne & Gibello, 1991, cit. por Morato & Silva, 1999) e estes são classificados, segundo Aman & Singh (1991, cit. por Morato & Silva, 1999), em antipsicóticos, tranquilizantes, hipnóticos, antidepressivos, excitantes do sistema nervoso central e antiépiléticos.

O tratamento psicofarmacológico é uma temática controversa. Se este for aplicado, deve ser baseado num diagnóstico consciente, o qual deve ser realizado através da recolha de diferentes dados pela equipa técnica e familiares, com metodologias que incluam o estudo do comportamento (Morato & Silva, 1999).

### **4.3. DID e Envelhecimento**

O envelhecimento é um processo individual, onde as alterações biológicas, psíquicas e sociais são muito variáveis de pessoa para pessoa, estando dependentes de fatores genéticos, contextuais e pessoais (Soares, 2005; Aragón, 2007; Barreiros, 2006). Para Geis (2003) não se poderá definir uma idade específica a partir da qual há o declínio das capacidades físicas e psíquicas do indivíduo. Tanto a evolução como a involução são processos experimentados de forma única, com ritmos próprios e influenciados por todo um conjunto de fatores inatos e vivenciais. Na DID em particular, alguns estudos sobre o envelhecimento incluem pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, comparando-se as suas vulnerabilidades às da população geral com 65 anos (Evenhuis, 2011, cit. por Lehmann et al, 2013).

As pessoas idosas com DID constituem um grupo relativamente recente. No passado, algumas não viviam para além da infância, mas com o aumento da esperança média de vida, esta população tem vindo a crescer, devido à melhoria de alguns fatores transversais a toda a população, como as condições de higiene e a nutrição, bem como os cuidados de saúde e acesso a tratamentos médicos. Outros aspetos são também determinantes, como a participação na vida comunitária e a realização social, com promoção crescente de oportunidades neste sentido (Luty & Cooper, 2006).

A esperança média de vida da população com dificuldade intelectual “ligeira” é equivalente à da população em geral e diminui à medida que aumenta o grau de dificuldade intelectual. Portanto, as pessoas com dificuldade intelectual “profunda” apresentam uma

esperança média de vida mais baixa, com poucos indivíduos a atingir a velhice, o que pode estar relacionado com a presença de um maior número de comorbidades ou com comprometimentos mais acentuados em termos neurológicos (Patja, Iivanainen, Vesala, Oksanen & Ruoppilam, 2000).

Num estudo realizado com pessoas com dificuldade intelectual “ligeira” ou “moderada”, com idade igual ou superior a 50 anos, Lehmann e colaboradores (2013) verificaram que o aumento da idade está associado à diminuição da mobilidade e a problemas auditivos e, com menor relevância estatística, a défices visuais, perturbações psiquiátricas e problemas de saúde física. As pessoas com DID com idades mais avançadas apresentaram menor autonomia, nomeadamente ao nível da autodeterminação, escolha do lazer e vida independente. Neste mesmo estudo, o aumento da idade surgiu associado a índices elevados de satisfação com a vida e de realização social, o que para os autores não seria exetável, dado o comprometimento da autonomia. Uma explicação possível poderá estar relacionada com a utilização de padrões mais baixos de comparação social, com ajuste das expetativas em relação à satisfação com a vida (Frieswijk, Buunk, Steverink, Slaets, 2004).

Ao focarmos a nossa atenção sobre a população com DID com idades mais avançadas, não podemos descurar todo um conjunto de influências sociais e culturais que marcaram a sua história de vida. As suas experiências foram contextualizadas numa altura em que as abordagens em relação à DID eram diferentes, muitas vezes marcadas pelo estigma, abuso e discriminação social, devido à falta de entendimento e sensibilização da sociedade em relação às suas verdadeiras necessidades e potencialidades. Muitas das pessoas com DID que atualmente têm mais idade, viveram institucionalizadas desde a infância e sem acesso às oportunidades de crescimento decorrentes da participação na comunidade ou, por outro lado, foram superprotegidas pelos familiares ou outros cuidadores, não sendo estimulado o seu potencial adaptativo. Todas estas vivências estão integradas no indivíduo e têm efeito ao nível das suas expetativas de vida (Luty & Cooper, 2006).

Relativamente às alterações físicas e psíquicas características do processo de envelhecimento, na DID, estas começam a ter impacto na funcionalidade e entram em confluência com algumas limitações já existentes (Lindsay, 2011).

Com o avançar da idade, é comum a deterioração dos órgãos sensoriais, resultando numa diminuição da acuidade visual e auditiva (Aubert & Albaret, 2001). Estas perdas sensoriais comprometem a apreensão da realidade e podem desencadear estados de confusão e isolamento social. O problema poderá também colocar-se quando as pessoas com DID não são capazes de reportar estas perdas, devido a défices na comunicação verbal (Lindsay, 2011).

As pessoas com DID com idades mais avançadas poderão também ser mais vulneráveis a algumas doenças resultantes da fragilização do sistema musculoesquelético. O estilo de vida de algumas pessoas com DID pode não comportar práticas promotoras de um envelhecimento saudável, como a atividade física, tornando-se mais prováveis determinadas doenças, como a artrite e a osteoporose. Para além disso, essa população é, *per si*, mais suscetível a défices na força muscular, equilíbrio e coordenação motora e, com as alterações decorrentes do envelhecimento, torna-se mais acentuado o comprometimento da mobilidade, bem como o risco de quedas e fraturas (Lindsay, 2011). Não podemos deixar de observar que estas dificuldades têm implicações ao nível da autonomia, para além de que podem contribuir para a adoção de uma postura mais defensiva, de privação da realização do movimento (Pereira, 2004).

Com o envelhecimento, ocorre também uma degeneração ao nível neuronal, com influência ao nível dos processos de atenção e memória. A velocidade de aprendizagem é menor e verifica-se uma lentidão global nas funções sensoriomotoras (Geis, 2003). Na população com DID envelhecida, estes aspetos poderão ter implicações mais acentuadas na realização de tarefas simples da vida diária, bem como na recordação de determinadas

rotinas. O impacto será ao nível da autonomia e da funcionalidade, tornando-se mais intensa a necessidade de apoio (Lindsay, 2011).

O metabolismo também se torna mais lento com o envelhecimento, o que dificulta a metabolização de determinados fármacos, havendo uma maior vulnerabilidade às suas reações adversas (Luty & Cooper, 2006). Esta situação será mais evidente nos casos em que o tratamento farmacológico foi uma constante na vida da pessoa, nomeadamente com psicotrópicos, cujos efeitos secundários a longo prazo começam a manifestar-se (Lindsay, 2011).

Com o aumento da idade, verifica-se uma maior prevalência de doenças crónicas, nomeadamente as cardiopulmonares, musculoesqueléticas, entre outras (WHO, 2005). Algumas pessoas com DID têm problemas cardíacos e respiratórios congénitos, associados a alguns diagnósticos de etiologia genética, como a trissomia 21, sendo fundamentais os exames médicos regulares e uma gestão de estratégias de saúde pública específicas (Lindsay, 2011).

Relativamente aos problemas psicopatológicos, Hermans e Evenhuis (2012) reparam que as pessoas com DID com idades mais avançadas têm um percurso de vida marcado pela exposição a um maior número de eventos de vida negativos, sobretudo aquelas com idade igual ou superior a 65 anos, o que resulta no aumento da frequência de sintomas de ansiedade e depressão. Verificou-se que a diminuição da mobilidade, mudança de instituição, incompatibilidades com os colegas das residências, diminuição do tempo de lazer e perda de uma pessoa significativa são alguns dos fatores com impacto ao nível dos sintomas de ansiedade e depressão. Hermans, Beekman e Evenhuis (2013), estudaram a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade na população com DID com idade igual ou superior a 50 anos, verificando que 16,8% da amostra (n=990) apresentava sintomas depressivos e que estes estavam associados ao aumento da idade; e 16,3% apresentava sintomas de ansiedade. Hulbert-Williams e colaboradores (2014) realizaram um estudo com pessoas com DID, onde verificaram associações entre os eventos de vida negativos e problemas afetivos, neuróticos e psicóticos, bem como raiva e agressão.

A perda de um familiar próximo ou cuidador é um dos eventos de vida que merece especial atenção. O processo de envelhecimento da pessoa com DID é antecedido pelo envelhecimento dos próprios pais e, muitas vezes, existe impreparação para lidar com uma eventual perda, tornando-se difícil o processo de luto. Para além disso, outras questões se colocam quando todos os cuidados foram prestados pela família e a pessoa não tem uma vida independente, tendo esta que passar a residir numa instituição, o que compreende diversas mudanças na sua estrutura de vida, por vezes resultando no despoletar de sintomas psicopatológicos e problemas de comportamento (Luty & Cooper; Lindsay, 2011).

Nas pessoas com DID com idades mais avançadas, os sintomas psicopatológicos são mais prevalentes, mas podem ser interpretados pelos cuidadores como uma especificidade da própria DID ou consequência do envelhecimento, o que pode camuflar a presença de um quadro psicopatológico. Neste sentido, torna-se fundamental conhecer toda a história de vida da pessoa e definir uma linha de base, a partir da qual será possível detetar eventuais mudanças, as quais podem compreender o início de um novo sintoma ou comportamento ou a exacerbação dos já existentes (Luty & Cooper, 2006).

Com o aparecimento de novas problemáticas, as necessidades de apoio da pessoa requerem de uma revisão e ajustamento, nomeadamente nos serviços prestados. Contudo, a maior parte dos serviços está segmentada em termos de especialização, direcionando-se para adultos com DID ou para pessoas idosas. Porém, estar num envolvimento que não seja adequado do ponto de vista social e emocional pode resultar em comportamentos perturbados (Luty & Cooper, 2006).

Como o envelhecimento na DID é uma área de pesquisa relativamente recente, são necessários estudos para identificar formas que promovam a inclusão das pessoas com DID com idades mais avançadas, tendo em conta o seu contexto ecológico e os fatores

que possam aumentar a longevidade e promover um envelhecimento saudável (Bigby & Balandim, 2006). Os cuidados de saúde e uma vida ativa na comunidade poderão melhorar a qualidade de vida e diminuir as necessidades de apoio institucionais, o que será potenciado através de medidas preventivas, potenciadoras da autonomia e funcionalidade (Patja et al, 2000).

#### 4.4. Perturbação do Espectro do Autismo

A primeira referência ao “autismo” remonta a 1943, quando Kanner descreveu um grupo de crianças, que apresentavam um conjunto de características semelhantes, relacionadas com dificuldades na interação social, uso da linguagem e presença de comportamentos repetitivos (Bernier & Gerdt, 2010). Estas tinham em comum a dificuldade de se relacionarem com os outros, de usarem a linguagem para comunicar, uma tendência obsessiva pela imutabilidade e por certos objetos ou assuntos, bem como um forte interesse por números e letras, boas capacidades visuoespaciais, vocabulário rico e boa memória. Kanner, em 1943, realizou a primeira descrição do “autismo”, que, embora já conte com algumas décadas, contém dados que ainda hoje são essenciais no diagnóstico, identificando também os seus talentos (Ozonoff & Rogers, 2003).

Os défices na *interação social*, na *comunicação e linguagem* e a presença de *comportamentos, interesses e/ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados* constituem a tríade de características das “Perturbações do Espectro do Autismo”, à luz do DSM-IV-TR (APA, 2002). Ainda de acordo com este manual, as “Perturbações do Espectro do Autismo” constituem uma Perturbação Global do Desenvolvimento e englobam um conjunto de diagnósticos, sendo eles a Perturbação Autística, a Síndrome de Asperger, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, a Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação e a Perturbação de Rett.

A última revisão do DSM, o DSM-5, publicada, em 2013, pela APA, adotou o termo “Perturbação do Espectro do Autismo” (PEA) sem definir subdiagnósticos e reorganizou a tríade de características numa díade: 1) défices persistentes na comunicação social e interação social e 2) comportamentos, interesses e/ou atividades restritos e repetitivos (APA, 2013).

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), os *deficiências persistentes na comunicação social e interação social em múltiplos contextos* incluem dificuldades na reciprocidade social e emocional; défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados nas interações sociais; e dificuldades em desenvolver, manter e compreender as relações. Os *padrões de comportamento, interesses e/ou atividades restritos e repetitivos* englobam movimentos, discurso ou uso de objetos de forma estereotipada ou repetitiva; insistência na imutabilidade e adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamentos verbais e não verbais; interesses altamente restritos e fixos, anormais do ponto de vista da intensidade ou foco; e hipersensibilidade ou hipossensibilidade a estímulos sensoriais ou interesse atípico nos aspetos sensoriais do envolvimento. Existem ainda características associadas, mas que não fazem parte dos critérios, como o desenvolvimento atípico da linguagem, atenção aos detalhes e dificuldades motoras (e.g. coordenação, praxias e equilíbrio) (Lai, Lombardo & Baron-Cohen, 2014).

O DSM-5 poderá ser mais rigoroso nos critérios e, deste modo, alguns indivíduos diagnosticados com PEA poderão não preencher os critérios de diagnóstico, à luz do novo manual (Lai, Lombardo, Chakrabarti & Baron-Cohen, 2013). De acordo com um estudo epidemiológico de comparação entre os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR e os critérios desenhados para o DSM-5 para a PEA, verificou-se uma maior especificação dos critérios e, simultaneamente, uma menor sensibilidade aos diagnósticos, nomeadamente no caso de indivíduos com Síndrome de Asperger (Matilla, Kielinen, Linna, Jussila, Ebeling, Bloigu, Joseph & Moilanen, 2011).

Este novo manual da APA integra também uma escala de severidade dos sintomas, baseada nas necessidades de apoio dos indivíduos com PEA, a qual constitui um aspeto facilitador ao desenvolvimento de intervenções de carácter educativo, ocupacional, social e médico (Lai et al, 2013). Para os autores anteriores, o DSM-5 deve ser elogiado por reconhecer a natureza dinâmica do desenvolvimento e da interação do indivíduo com o contexto, bem como pelo facto de ser mais claro na descrição e rearranjo dos sintomas e ainda por tornar mais explícito o conceito de “espectro”. Todavia, é importante lembrar que, ao conceber um termo mais abrangente, corremos o risco de camuflar a heterogeneidade evidente na PEA, o que pode ter impacto ao nível das pesquisas. Os autores afirmam que para se melhorar a pesquisa e, conseqüentemente, a prática clínica, é essencial impulsionar a distinção de subgrupos entre a PEA. Faz-se também necessário entender qual a relação entre os sintomas nucleares da PEA e os traços associados.

As manifestações da PEA são muito diferentes e têm início na primeira infância (Bernier & Gerdts, 2010). A partir da conceptualização do DSM-5, apesar dos sintomas estarem presentes desde a primeira infância, alguns podem não se manifestar totalmente, até que as exigências sociais ultrapassem a capacidade de o indivíduo lidar com as mesmas (Lorde & Jones, 2012).

Muitos indivíduos com PEA encontram dificuldades, não só devido aos défices nucleares, como a sintomas associados, nomeadamente agressividade, ansiedade e hiperatividade (Portes, Hagerman & Hendren (2003). Segundo Hendren (2003) deve-se considerar a comorbilidade de sintomas psiquiátricos na PEA, quando se observam: 1) sinais alheios ao espectro do autismo, como hiperatividade, humor triste ou irritável, diminuição do prazer em atividades, aumento do isolamento e da ansiedade, instabilidade afetiva e/ou desorganização cognitiva; 2) alterações abruptas do comportamento, fazendo-se necessário o despiste de um problema médico (e.g. ataques, enxaqueca, efeitos colaterais de medicamentos); 3) problemas graves e incapacitantes, de agressão, autoagressão, agitação e/ou perturbações do sono; 4) situações de agravamento dos sintomas já existentes, tais como uma diminuição da comunicação, aumento das estereotipias ou diminuição do comportamento adaptativo e das capacidades para a vida diária; 5) respostas não expetáveis aos tratamentos.

Relativamente à PEA em comorbilidade com a DID, o que importa avaliar é o comportamento adaptativo, de forma a se verificar a capacidade da pessoa funcionar de forma independente nos contextos em que interage. Ou seja, não será apenas uma avaliação da inteligência que irá determinar a DID, aliás o diagnóstico de DID só será feito se houver comprometimento do comportamento adaptativo e esta avaliação é que irá permitir um plano adequado de intervenção (Goodlin-Jones & Solomon, 2003).

Segundo Kanne, Gerber, Quirnbach, Sparrow, Cichetti e Saulnier (2011), os indivíduos com PEA representam um grupo heterogéneo com grande variabilidade na severidade dos sintomas, nas habilidades cognitivas e no comportamento adaptativo, mas menos clara parece ser a relação entre estas três áreas de funcionamento. De acordo com os autores anteriores, a associação entre o nível de severidade da sintomatologia do autismo e o comportamento adaptativo é fraca, o que reitera a noção de que estes constructos são independentes. Esta investigação sustenta a ideia de que as intervenções, mesmo com indivíduos com PEA de alto funcionamento, devem integrar competências adaptativas.

Foram encontradas diferenças significativas entre indivíduos com DID com ou sem PEA, verificando-se dificuldades intelectuais “mais severas” nos casos de indivíduos com PEA. As pessoas com uma PEA são menos propensas a ter um diagnóstico psiquiátrico adicional do que as pessoas com DID sem PEA, o que pode denunciar a dificuldade em avaliar a saúde mental em adultos com PEA, muitos dos quais com uma DID “moderada a severa” (Underwood, McCarthy, Tsakanikos, Howlin, Bouras & Craig, 2012).

## II. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

### 1. Organização e Calendarização

O Estágio Profissionalizante teve uma duração de cerca de 9 meses, decorrendo entre 22 de outubro de 2012 e 28 de junho de 2013. Este período foi marcado por diferentes fases, cuja calendarização é apresentada na Tabela 2, sinalizando-se a azul as interrupções letivas do Natal (de 14 de dezembro de 2012 a 6 de janeiro de 2013) e da Páscoa (de 21 a 30 de março de 2013).

Tabela 2 – Calendarização das fases do estágio

Fases do Estágio	2012			2013					
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Observação									
Observação Participada									
Avaliação Inicial									
Definição de objetivos									
Intervenção Psicomotora									
Avaliação Final									

A fase de observação coincidiu com todo o processo inicial de absorção e adaptação à realidade institucional, sendo estabelecidos os primeiros contactos com os alunos e com a equipa técnica. Neste período, foi dada a oportunidade de observar, em funcionamento, todos os ateliers pedagógicos da Qe e ainda as atividades terapêuticas que decorrem no exterior, facultando-se um quadro de visão geral da dinâmica institucional, fundamental para a compreensão das especificidades e complementaridades das intervenções realizadas.

Na fase de observação participada deu-se o afunilar das atividades de estágio, com a seleção de projetos específicos de intervenção e de apoio, distribuídos num horário de estágio semanal. Foram observadas sessões de Psicomotricidade e dinamizadas atividades com os grupos escolhidos para a intervenção no estágio, integrando-se linhas de ação e metodologias orientadoras do trabalho que se veio a desenvolver.

Após as fases de observação, iniciou-se um período de maior autonomia e responsabilidade no estágio, com a escolha e adaptação de instrumentos de avaliação, cuja aplicação inicial forneceu as diretrizes para a definição dos objetivos de intervenção, com base em decisões deliberadas e devidamente orientadas. A fase de intervenção psicomotora destinou-se ao trabalho dos objetivos propostos, mas nela esteve também incluída uma componente de avaliação, de carácter contínuo e informal, imprescindível para adequação constante da intervenção. Terminado o tempo disponível para a intervenção, procedeu-se à avaliação final, com resultados a serem comparados criticamente com a avaliação inicial.

### 2. Horário de Estágio

A Tabela 3 diz respeito ao horário de estágio, o qual teve efeito entre 5 de novembro de 2012 e 21 de junho de 2013. Do horário apresentado, apenas houve alteração no horário de terça-feira, entre as 10h30 e as 12h00, que inicialmente era destinado ao apoio em Atividades Ocupacionais, no entanto, foi solicitado o apoio da estagiária no Grupo de Relaxamento, onde estava incluído o indivíduo do estudo de caso.

Na tabela do horário, sublinhou-se a verde as atividades nucleares e a azul as atividades complementares de estágio. Esta distinção reflete as diferenças na autonomia e responsabilidade das funções da estagiária, sendo que nas atividades complementares era prestado apoio aos técnicos responsáveis pelas atividades, enquanto nas atividades nucleares a estagiária procedeu à intervenção psicomotora com os indivíduos, em intervenções de caráter grupal e individual (estudo de caso).

Tabela 3 – Horário de Estágio

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
09h00 10h20	Desportos Coletivos	Sala TEACCH	Estudo de Grupo - Grupo B		Projeto Peso
10h30 12h00	Psicomotricidade	Relaxamento	Intervenção Psicomotora - Grupo C		Estudo de Caso
12h00 13h00					Apoio nos Almoços
13h00 14h30		Intervenção Psicomotora - Grupo A			Indireto
14h30 16h00		Projeto Ginástica Qe			Projeto Relaxamento

## 2.1. Atividades Complementares de Estágio

De modo sucinto, serão seguidamente explicadas as atividades complementares de estágio.

### Desportos Coletivos

A atividade de desportos coletivos era dinamizada pela técnica superior de educação especial e reabilitação e orientadora de estágio. O grupo de desportos coletivos era constituído por 12 indivíduos de ambos os géneros. Nesta atividade, prestou-se apoio nas dinâmicas das sessões, as quais compreendiam desportos como voleibol e basquetebol, procedendo-se a alterações nas regras dos jogos, no sentido de simplificá-las. A técnica realizava a segmentação das tarefas, no sentido de se desenvolver uma aprendizagem faseada e, paulatinamente, complexificava-as. Esta atividade foi importante para observar e inteirar as características da atividade motora adaptada.

### Psicomotricidade

As sessões do grupo de Psicomotricidade eram dinamizadas pela psicomotricista, coorientadora de estágio e faziam parte do grupo 5 indivíduos de ambos os géneros. Estes apresentavam limitações ao nível da autonomia e o seu grau de envolvimento nas tarefas era reduzido e durante um curto período de tempo. A técnica realizava, frequentemente, um circuito de atividades simples, garantindo a realização de atividades de coordenação motora, equilíbrio, controlo visuomotor, entre outras. Neste grupo, a estagiária teve oportunidade de interagir com o indivíduo do estudo de caso, observando a sua relação com o espaço e o seu desempenho e envolvimento nas atividades. A participação neste grupo foi importante para observar as estratégias de intervenção psicomotora desenvolvidas pela técnica, integrando-se os aspetos da Psicomotricidade na instituição.

### Sala TEACCH

O modelo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) destina-se a crianças com PEA e compreende um ensino estruturado, onde as salas encontram-se divididas em várias áreas de trabalho e lazer, sendo cada espaço dirigido a uma determinada atividade. Recorre-se à organização do espaço, do tempo, dos materiais e das atividades como uma das estratégias de trabalho. Esta organização permite facilitar os processos de aprendizagem de competências de comunicação e de autonomia dos alunos com PEA e diminuir os problemas de comportamento. Nestas salas, recorre-se à utilização de reforços, ao ensino individualizado, ao uso de informação visual, às rotinas de trabalho, à estruturação física e à redução de estímulos distráteis (Gonçalves, et al., 2008).

A Sala TEACCH da Qe está dividida em áreas de trabalho, de mesa e nos computadores, contemplando também um espaço de lazer, nos colchões. Durante o estágio, apoiou-se a intervenção da terapeuta da fala, técnica responsável pela aplicação deste projeto, realizando-se apoio individualizado com os alunos, sob orientação da mesma. As atividades incluíam jogos didáticos nos computadores, os quais estimulavam aspetos como a atenção, concentração, noções espaciais e noção do corpo; atividades promotoras do desenvolvimento da comunicação e linguagem (e.g. nomeação de imagens); estimulação cognitiva (e.g. puzzles); relaxação, entre outras. Foi também dado apoio ao indivíduo do estudo de caso, observando-o noutra contexto de intervenção, de caráter mais estruturado.

### Projeto Ginástica Qe

O “Projeto Ginástica Qe” resulta de uma iniciativa da psicomotricista da Qe, decidida a reunir um grupo de alunos e com eles organizar um esquema de exercícios, seguindo uma estrutura, sequência e ritmos definidos. O projeto compreende uma componente de ginástica acrobática, com exibições individuais sincronizadas, bem como de ginástica rítmica, de exploração do movimento com materiais, tais como arcos, bolas e fitas.

O grupo, constituído por dez indivíduos do género feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 51 anos, realizava os ensaios às terças-feiras, das 14:30 às 16:00, sendo que a estagiária desempenhava um papel de apoio durante os mesmos. Nos ensaios era reproduzido o esquema de ginástica, sendo também trabalhados aspetos relacionados com a coordenação motora, agilidade e flexibilidade, de modo a se potenciar a expressão corporal. Todo este projeto encerra uma dimensão social, de coesão e união do grupo de atletas, com vista a se atingir um objetivo comum, sendo que o trabalho continuado dos alunos e dos técnicos, juntamente com o apoio da comunidade e das famílias, garantiu exibições no Sarau da Tuna Operária de Sintra, bem como no Portugal Gym.

### Projeto Peso

O Projeto Peso constitui uma iniciativa da técnica superior de educação especial e reabilitação e integra componentes de imagem corporal, nutrição e atividade física. Esta iniciativa surgiu da necessidade de se apoiar os alunos, no sentido de desenvolverem um estilo de vida saudável e ativo e partiu também do facto de muitos alunos apresentarem excesso de peso. A intervenção teve em conta a imagem corporal, avaliando-se como os alunos se viam e que imagem gostavam de ter. As atividades realizadas com os indivíduos inseridos neste grupo incluíam caminhadas, exercícios físicos nas máquinas do Parque da Abrunheira ou no Ginásio da Qe, ações de sensibilização para uma alimentação saudável, entre outros.

### Apoio nos Almoços

Na Associação Qe, os técnicos fornecem o apoio necessário aos alunos durante os almoços, sendo que a estagiária também integrou esta função. A dinâmica dos almoços

permitiu também à estagiária estar atenta às diferenças ao nível da autonomia na alimentação, procurando estimular a autonomia e a funcionalidade. Para além disso, outras questões foram também interessantes de observar, nomeadamente as interações entre os alunos e as estratégias utilizadas pelos técnicos, de modo a prevenir eventuais comportamentos perturbadores, tais como a supervisão próxima, a escolha do local onde alguns alunos se sentavam, a gestão dos indivíduos que estariam na mesma mesa, entre outras. O apoio nos almoços foi, muitas vezes, dedicado ao apoio individual com o Frederico, o estudo de caso da estagiária. Durante os almoços, era comum o Frederico adotar comportamentos desadequados, por vezes agredindo os colegas, sendo necessária supervisão próxima ou ajuda física para evitar estas situações.

### Indireto

O termo “Indireto” designa o horário dedicado ao planeamento de sessões, preparação de materiais, pesquisas ou outras tarefas importantes para a organização do trabalho de estágio. Este horário foi importante para proceder à consulta dos processos dos alunos da Qe e assim obter informação acerca da sua história de vida, avaliações, programas de desenvolvimento individuais, entre outras informações relevantes.

### Projeto Relaxamento

O Projeto Relaxamento, desenvolvido pela psicoterapeuta corporal e pela psicomotricista, constitui uma iniciativa de promover estados de descontração e socialização, através da interação entre os diferentes elementos de um grupo, o qual era constituído por 10 alunos, de ambos os géneros. Os alunos realizavam massagens com materiais aos colegas, sob instrução dos técnicos, potenciando-se os contactos e as interações.

## **2.2. Atividades Nucleares de Estágio**

Seguidamente serão mencionadas as atividades nucleares de estágio, onde o papel da estagiária revestiu-se de maior autonomia e responsabilidade na elaboração dos instrumentos de avaliação, bem como na definição dos objetivos, metodologias e estratégias de intervenção.

Durante o estágio, desenvolveu-se intervenção psicomotora com três grupos e com um indivíduo. Neste relatório, selecionou-se um estudo de grupo e um estudo de caso, pretendendo-se assim incorporar um exemplo de intervenção de carácter individual e um grupal, atendendo às especificidades inerentes a estes dois tipos de intervenção, os quais diferiram em questões como as dinâmicas interpessoais, a organização das sessões e as estratégias utilizadas.

Os restantes grupos, chamados de Grupo A e Grupo C, serão abordados de forma breve e sucinta.

### Intervenção com o Grupo A

A estagiária realizou intervenção psicomotora com este grupo, constituído por 4 elementos do género masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 29 anos. Foi realizada a avaliação com este grupo, através de um instrumento adaptado pela estagiária, intervindo-se nas áreas do equilíbrio, noção do corpo, estruturação espaço-temporal e praxia fina.

O grupo apresentava muitas dificuldades psicomotoras, mas sobretudo em termos da atenção e envolvimento nas tarefas, com curtos períodos de manutenção nas mesmas. Era necessário apoio individualizado com todos os elementos do grupo, alguns devido a problemas psicomotores, outros devido a dificuldades em focar a atenção, dispersando facilmente. Para além disso, por vezes ocorriam algumas recusas por parte de um aluno, o qual, regra geral, só se envolvia nas tarefas no final da sessão. Este grupo constituiu um desafio, no sentido de se ser criativo nas formas de motivar e captar a atenção dos alunos

o que, ao longo das sessões, foi sendo facilitado pela compreensão interesses e motivações de cada indivíduo.

### Intervenção com o Grupo C

A intervenção com este grupo orientou-se para a realização de jogos cooperativos, com 7 indivíduos, com idades compreendidas entre os 19 e os 49 anos, três dos quais do género masculino. As características dos elementos deste grupo eram muito distintas, com indivíduos que apresentavam competências verbais e outros não verbais, indivíduos ativos na interação social e outros mais inibidos, fazendo-se necessário dinamizar atividades onde todos pudessem participar. A intervenção com este grupo focou aspetos relacionados com a capacidade de se reconhecer como elemento importante de um grupo, identificar as suas características e do outro, cooperar com vista a um objetivo comum, de explorar dinâmicas a pares, trabalhar elementos da comunicação não verbal, como as posturas e o contacto ocular. De um modo geral, a intervenção foi positiva, considerando-se que as áreas trabalhadas permitiram estimular as competências pessoais e sociais.

## **3. Estudo de Grupo**

### **3.1. Caracterização do Grupo B**

O Grupo B, formado em novembro de 2012, é constituído por três indivíduos do género feminino, com idades compreendidas entre os 49 e os 50 anos, estando todos eles inseridos na modalidade Atelier, um serviço mais vocacionado para as atividades ocupacionais e terapêuticas. No sentido de salvaguardar a confidencialidade dos casos intervencionados, serão utilizados os nomes fictícios Filomena, Olívia e Isabel. Cada um destes indivíduos será abordado de seguida, pretendendo-se fornecer ao leitor, ainda que de forma breve e sucinta, as informações necessárias à perceção das suas especificidades.

#### **3.1.1. Filomena**

A Filomena tem 50 anos e é uma pessoa de estatura baixa e de aspeto somático endomorfo, com um rosto arredondado e uma expressão simpática. Usa óculos com uma graduação elevada que, no entanto, não colmatam por completo as suas dificuldades visuais. Em termos de postura corporal, a Filomena tende a inclinar o tronco para a frente, sobretudo durante a marcha, a qual é arrastada.

A Filomena é muito afetuosa e estabelece relações positivas com os colegas e com os técnicos. Na Qe, tem melhores amigos, com os quais interage nos seus tempos livres. Elege como atividade preferida a natação adaptada, sendo também muito empenhada e participativa nos simuladores de atividades profissionais. Faz parte da classe feminina de Ginástica da Qe, realizando exercícios que requerem grande flexibilidade.

Segundo consta na anamnese, a Filomena é a mais nova de uma fratria de quatro irmãos. Nasceu quando a mãe tinha 45 anos e esta consumia álcool, inclusive durante a gestação. A Filomena tem diagnóstico de Trissomia 21 e, durante a infância, foi superprotegida pelos pais, que a mantiveram em casa até aos 10 anos, idade em que começou a frequentar o ensino primário num colégio particular, do qual fugiu sem avisar ninguém, razão pela qual deixou de o frequentar. Após a morte da mãe, o pai voltou a casar e a Filomena passou a estar sempre em casa com a madrasta, sendo agredida fisicamente por esta, quando os seus comportamentos não iam de encontro às suas exigências. Esta situação durou 13 anos e só terminou quando o pai foi hospitalizado e a Filomena passou a viver com uma irmã, que estimulou a sua autonomia nas atividades da vida diária. Contudo, antes de a Filomena mudar de habitação, emergiram alguns problemas relacionados com preconceitos dos cunhados em relação ao seu diagnóstico, o que dificultou o processo. Muitos anos depois, passou a integrar a Qe em regime de residência, passando os fins-de-semana com a irmã.

### 3.1.2. Olívia

A Olívia tem 49 anos e é a filha mais nova de uma fratria de três irmãos. É muito baixa e magra, apresentando uma face marcadamente enrugada. A sua postura corporal é retraída e o contacto ocular evitante. É comum a Olívia estar a remexer nas suas pulseiras, de cabeça baixa, como forma de evitar o olhar.

O seu discurso é pouco elaborado, tendendo a verbalizar sempre as mesmas frases, numa voz muito aguda (e.g. “Vou trabalhar” ou “Vou fazer ginástica”). Aprecia atividades de ginástica e de dança, tornando-se mais expansiva quando as realiza.

A Olívia está diagnosticada com “défice cognitivo e anoxia de parto”. Segundo consta no processo da Qe, foram várias as complicações antes, durante e depois do parto. No período pré-natal, a família mudou de casa e a mãe realizou demasiados esforços físicos, ficando a Olívia em posição pélvica fetal. O parto foi realizado de urgência e o cordão umbilical ficou enrolado à volta do pescoço, resultando em anoxia. A Olívia permaneceu no hospital nos primeiros dois dias e, neste período, caiu da marquesa de observação, sendo os prognósticos em relação ao seu estado de saúde muito reservados. Teve dificuldades na aquisição da marcha, devido ao seu estado hipotónico, bem como no desenvolvimento da linguagem verbal.

A Olívia frequentou o ensino regular, com acompanhamento individualizado e, por não ter evoluído ao nível da autonomia, integrou o ensino especial. Após a morte da mãe, viveu apenas com o pai, frequentando uma instituição durante o dia. Em 2009, o pai faleceu e os irmãos decidiram integrá-la numa instituição onde pudesse ficar em regime interno, uma vez que não reuniam as condições necessárias para que a Olívia habitasse com os mesmos. Em outubro de 2011, a Olívia foi admitida na Associação Qe, onde reside atualmente.

### 3.1.3. Isabel

A Isabel tem 50 anos e é uma pessoa de estatura média e de formas arredondadas. Apresenta uma expressão facial particular, resultante da forma como estica e contrai os lábios, num sorriso bizarro, e do facto de cerrar os olhos, numa tentativa de conseguir ver melhor. Usa óculos e ajeita-os com frequência, num cuidado de não os partir. A sua postura corporal é caracterizada pelos ombros caídos e pela cabeça baixa e o seu modo de andar é vagaroso.

A Isabel tem como atividade predileta fazer desenhos, acabando por acumular, ao longo do dia, um conjunto de papéis, que guarda com apego no bolso do casaco ou dentro de um saco. Os seus desenhos são compostos por vários riscos feitos a lápis de cor e o modo como pinta, por vezes, parece compulsivo.

O discurso da Isabel é desorganizado e repetitivo, sendo alguns dos assuntos recorrentes a sua festa de anos, que se irá realizar “no próximo sábado” e o esclarecimento de que vai dormir a casa. Por vezes aborda histórias irreais, como o facto de ter um filho pequenino, chamado David.

De acordo com o processo consultado na Qe, a Isabel teve parotidite aos 2 anos e apenas na idade adulta se confirmou, por Tomografia Axial Computorizada, o diagnóstico de encefalite pós-parotidite. Os pais procuraram estimular a sua autonomia e a Isabel deslocava-se sozinha de transportes públicos até à instituição que frequentava, embora tenham ocorrido episódios pontuais de pânico durante as viagens. Atualmente, a Isabel necessita de apoio nas atividades da vida diária, em casa e na comunidade.

A Isabel integrou a Associação Qe em outubro de 2011. Vive com os pais e tem quatro irmãos mais velhos. Atualmente, os pais já não reúnem condições de saúde para cuidarem da Isabel e começam a ser mais frequentes as estadias nas residências da Qe. Contudo, é evidente a recusa da Isabel em dormir nas residências, assim como a angústia devido ao envelhecimento e estado de saúde dos pais. Toda esta situação causa-lhe

ansiedade e instabilidade emocional e, muitas vezes, culmina em insónias. Em SOS, a Isabel toma um ansiolítico, cuja substância ativa é a benzodiazepina, com efeitos sedativos; e um neuroléptico à base de olanzapina para os episódios psicóticos agudos. A sua medicação diária inclui a quetiapina, um neuroléptico administrado no sentido de atenuar a desorganização e confusão mental e a gabapenzina, com ação anticonvulsionante.

**Nota:** A encefalite é uma inflamação do parênquima cerebral, desencadeada por um agente infeccioso (e.g. vírus da parotidite, vulgo “papeira”) (Bloom & Morgan, 2006). Constituiu um dos fatores etiológicos da DID, enquadrado nos fatores adquiridos (Kats & Lazcano-Ponce, 2008).

### **3.2. Considerações Iniciais**

O processo de avaliação e intervenção com o Grupo B, foi antecedido por uma fase de observação das sessões de Psicomotricidade, dinamizadas pela psicomotricista da Qe, sendo este período importante para a estagiária se inteirar da natureza das atividades e estratégias utilizadas, bem como para observar, de modo informal, as dinâmicas grupais e as dificuldades e potencialidades dos indivíduos. Numa fase posterior, de observação participada, a estagiária organizou atividades e sessões pontuais, o que contribuiu para o estabelecimento de uma relação mais próxima com os indivíduos, ao mesmo tempo que permitiu uma preparação para a fase de intervenção psicomotora.

Esta fase inicial de observação foi fundamental para descortinar as áreas a serem trabalhadas com este grupo, as quais foram avaliadas num instrumento construído pela estagiária. A proposta de elaboração de um instrumento de avaliação partiu da orientadora local, sendo estipulado que todos os domínios de avaliação seriam depois trabalhados durante a intervenção, fazendo-se necessário ser seletivo na escolha dos mesmos.

Após todo um processo de observação e de pesquisa, a estagiária avançou com a sugestão de uma intervenção mais vocacionada para as questões do envelhecimento, tendo em conta que era notado algum declínio nas capacidades psicomotoras dos mesmos, com implicações ao nível da funcionalidade e autonomia. A escolha das áreas a trabalhar teve em linha de conta a sua pertinência em termos da estimulação e/ou manutenção das capacidades, assim como a adequação ao contexto de intervenção.

### **3.3. Instrumento de Avaliação**

O instrumento utilizado para avaliar o grupo de estudo baseia-se em diferentes instrumentos de avaliação, sendo eles o Exame Gerontopsicomotor (Morais, Fiúza, Santos & Lebre, 2012), a Bateria Psicomotora (Fonseca, 2006), a Escala de Equilíbrio de Berg (Berg, Maki, Williams, Holliday & Wood-Dauphinee, 1992) e a Peabody Developmental Motor Scales (Folio & Fewell, 2000).

Para a construção do instrumento, foram selecionados e adaptados alguns itens dos instrumentos de avaliação supramencionados, os quais foram agrupados em sete domínios: 1) Equilíbrio, 2) Noção do Corpo, 3) Estruturação Espaço-temporal, 4) Praxia Fina, 5) Perceção, 6) Memória e 7) Atenção/Vigilância. Cada um dos domínios comporta uma série de itens, cuja cotação foi feita através de uma escala de 1 a 4, com uma eficácia de realização crescente, sendo definidos critérios de êxito específicos para o desempenho em cada uma das tarefas. No anexo 4, encontra-se o instrumento de avaliação na íntegra.

Relativamente às adaptações realizadas, importa referir que estas se relacionam com as instruções fornecidas, apoio na execução da tarefa (e.g. demonstração, ajuda verbal e física) e adequação do grau de complexidade das tarefas. Para além disso, foram feitos ajustes no material utilizado na avaliação.

### **3.4. Condições da avaliação inicial**

As sessões de avaliação decorreram nos dias 9 e 16 de janeiro de 2013, das 9:00 às 10:20, estando presentes no ginásio todos os elementos do grupo, bem como a psicomotricista coorientadora, a qual supervisionou o processo, fornecendo as instruções e o apoio necessário ao bom funcionamento do mesmo.

No planeamento da avaliação definiu-se que, na primeira sessão, seriam avaliados os domínios noção do corpo, memória, percepção e praxia fina e, na segunda sessão, o equilíbrio, estruturação espaço-temporal e atenção. Esta ordem não corresponde à do instrumento de avaliação, contudo considerou-se que, desta forma, as atividades teriam um melhor fio condutor e seria facilitado o processo de avaliação. Neste sentido, o importante seria iniciar as sessões com as tarefas realizadas de pé, passando-se posteriormente para as atividades de mesa. Na fase de observação, verificou-se que os indivíduos apresentavam-se mais ativos no início da sessão e, com o decorrer da mesma, a tendência era dirigirem-se para a mesa, pedindo para realizar um desenho. A estagiária procurou respeitar estes ritmos, gerindo as tarefas de avaliação em função dos mesmos.

De um modo geral, os planos de avaliação foram cumpridos, excetuando-se alguns itens da percepção e memória, que foram concluídos na segunda sessão de avaliação. Importa referir que alguns itens da memória compreendem informações dos domínios da noção do corpo e percepção, fazendo-se necessário respeitar uma sequência pré-definida, de avaliação do item da memória, imediatamente após a realização da tarefa da percepção ou noção do corpo correspondente.

Relativamente à ordem de avaliação dos elementos do grupo, o plano inicial definia uma avaliação intercalada em cada um dos itens, isto é, na avaliação de um determinado item, avaliar-se-ia, primeiro, o indivíduo 1, depois o indivíduo 2 e, por fim, o indivíduo 3, seguindo-se a mesma ordem ao se passar para o item seguinte. Com esta estrutura, pretendia-se diminuir o tempo de espera e, ao mesmo tempo, permitir algum descanso entre tarefas. Contudo, esta forma de organização teve de ser ajustada, uma vez que resultava em perdas de atenção, tornando-se difícil recuperar a pré-disposição dos alunos para a realização das tarefas. Alternativamente, a estagiária optou por dar continuidade à avaliação com cada um dos indivíduos, enquanto os restantes realizavam um desenho. Esta gestão da avaliação implicou uma sensibilidade para a deteção da motivação intrínseca e sinais de fadiga dos alunos, utilizando-se a atividade paralela do desenho como forma de recompensa.

### **3.5. Resultados da Avaliação Inicial**

Os resultados da avaliação inicial permitiram apurar que o Grupo B apresenta como áreas fortes a praxia fina, percepção, equilíbrio e noção do corpo, sendo as áreas menos fortes a atenção/vigilância, memória e estruturação espaço-temporal. Na Figura 2 são apresentados os resultados da avaliação inicial, onde é possível verificar a média de cotações obtida em cada domínio, por cada um dos indivíduos do grupo.

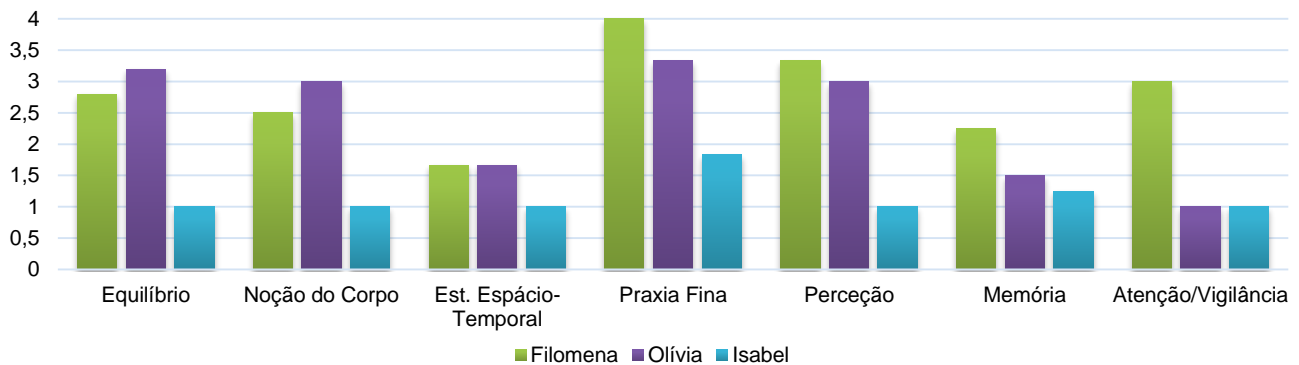


Figura 2 – Avaliação Inicial do Grupo B

Seguidamente, serão descritos os resultados da avaliação de cada indivíduo do grupo.

### Filomena

Na avaliação inicial, a Filomena apresentou mais dificuldades nos domínios *estruturação espacial*, *memória* e *noção do corpo* e melhor desempenho nos domínios *praxia fina*, *percepção*, *atenção/vigilância* e *equilíbrio*.

No domínio *equilíbrio*, a aluna manifestou algumas inseguranças e receios, referindo várias vezes “não sou capaz”. Solicitava a ajuda física da estagiária antes de realizar o exercício e, com incentivo, tentava realizar os exercícios de forma autónoma, embora com oscilações e reajustamentos posturais. Estas inseguranças foram mais evidentes nas tarefas de equilíbrio estático unipodal e na marcha controlada, sendo que nas tarefas de equilíbrio bipodal, girar 360° e marcha acelerada, a aluna revelou maior segurança e autonomia.

Ao nível da *noção do corpo*, as maiores dificuldades da Filomena prenderam-se com a imitação de posições, onde a imitação foi maioritariamente distorcida, sendo de notar uma postura tendencial, de inclinação do tronco para a frente. Não pudemos deixar de observar que as dificuldades visuais podem comprometer a realização deste item, razão pela qual a estagiária forneceu ajuda verbal e física. Ainda assim, a aluna continuou a apresentar dificuldades em posicionar o seu corpo da forma pretendida. Ao nível do sentido cinestésico, apontou corretamente oito de dez partes do corpo.

O domínio *estruturação espaço-temporal* foi onde a aluna revelou maiores dificuldades. Na tarefa de sequência de eventos, necessitou de ajuda verbal e física para colocar os cartões na posição correta, evidenciando hesitações e confusões na sequencialização da ação representada, embora realize autonomamente esta atividade da vida diária (tomar duche). Sugere-se que a dificuldade possa estar relacionada com o próprio posicionamento dos cartões, da esquerda para a direita, uma tarefa com a qual a aluna poderia não estar familiarizada. Ao nível da contextualização temporal, indicou que o dia era “quinta-feira” em vez de “quarta-feira”, o mês “sábado” e o ano “2002”, sendo de assinalar confusões acentuadas neste item, assim como no item das orientações espaciais relativas.

Nas tarefas do domínio *praxia fina*, a Filomena pareceu estar muito motivada e empenhada, realizando todas as tarefas de forma adequada e completa. Alguns itens compreendiam uma execução durante um determinado período de tempo (e.g. “abotoar”, “desabotoar” e “enfiar contas”), sendo que a aluna persistia na tarefa, até concluí-la, mesmo após o tempo terminar. Agarrou uma moeda realizando a preensão em pinça perfeita e utilizou corretamente a tesoura para recortar. Revelou uma estratégia de

realização curiosa ao colorir dentro de linhas, contornando inicialmente, num tom mais escuro, todo o perímetro, antes de colorir a área. Podemos sugerir que o investimento nesta tarefa seja resultado da motivação associada ao sucesso.

Ao nível do domínio *percepção*, a Filomena revelou facilidade no reconhecimento de objetos através do tato, nomeando-os corretamente. Em termos da percepção auditiva, reproduziu e acompanhou o ritmo de uma melodia conhecida, embora de forma ligeiramente balbuciada e com omissão de algumas palavras. Na tarefa de percepção visual, identificou duas de três imagens corretamente, confundindo uma paisagem montanhosa com uma quinta. De notar que a Filomena demonstrou curiosidade em relação aos materiais utilizados na avaliação deste item, revelando iniciativa para a manipulação dos mesmos.

No que se reporta ao domínio *memória*, a Filomena revelou mais dificuldades ao nível da memória visual e episódica. Não identificou as imagens anteriormente apresentadas, embora recordasse a categoria de duas das imagens. Indicou corretamente o seu mês de nascimento, mas continuou a referir que o dia era “quinta-feira” e o ano “2002”. Por outro lado, em termos da memória verbal, evocou espontaneamente as duas últimas palavras de uma série de três e no que toca à memorização das posições corporais, a aluna reproduziu duas das três posições, em conformidade com a imitação realizada no item da noção do corpo.

No domínio *atenção/vigilância*, a Filomena agarrou o cubo ao sinal 5 (numa contagem 1,2,3,4,5,6...), mas apenas na segunda tentativa. Contudo, em termos globais, a aluna revelou algumas dificuldades na atenção sustentada, sobretudo em tarefas mais prolongadas e, especialmente, naquelas que não são do seu interesse. Para além disso, foram observadas dificuldades na flexibilidade atencional, ao longo de toda a avaliação.

## **Olívia**

Na avaliação inicial, a Olívia apresentou mais dificuldades nas áreas *atenção/vigilância*, *memória* e *estruturação espaço-temporal* e melhores desempenhos nos domínios *praxia fina*, *equilíbrio*, *percepção* e *noção do corpo*.

No domínio *equilíbrio*, a Olívia realizou todas as provas com segurança gravitacional, sendo as oscilações e reajustamentos corporais ligeiros, excetuando-se a tarefa de equilíbrio unipodal, onde foram mais evidentes as reequilibrações. As provas de marcha acelerada e corrida foram realizadas sem alterações da velocidade e ambas em jeito de corrida. A aluna revelou desorientações espaciais nestas tarefas, o que pode estar relacionado com o facto de não focar o trajeto, uma vez que oscilava a cabeça de um lado para o outro, por vezes fechando os olhos.

No domínio *noção do corpo*, a Olívia apontou seis de dez partes do corpo e procedeu a uma imitação aproximada das posições corporais.

No que se reporta à *estruturação espaço-temporal*, a aluna não colocou os cartões da sequência de eventos na posição correta, sendo dada ajuda verbal e física neste sentido. Ao experimentar dificuldade nesta tarefa, a aluna começou a evitá-la, desviando o olhar e ignorando a instrução da estagiária. No item da contextualização temporal, a Olívia respondeu corretamente que era quarta-feira, mas não indicou a data completa do dia em que foi realizada a avaliação. No item das orientações espaciais relativas, as maiores confusões e hesitações prenderam-se com o reconhecimento direita/esquerda.

No domínio *praxia fina*, a aluna revelou persistência nas tarefas, concluindo todas as atividades. Realizou, sem dificuldades, as tarefas de abotoar, desabotoar e enfiar contas, contudo a cotação não foi a mais elevada, devido ao fator tempo. De facto, a aluna realizou estas atividades com movimentos lentos, mas sem apresentar, por exemplo, dificuldades na manipulação fina ou na coordenação visuomotora. Agarrou a moeda em pinça perfeita e manipulou a tesoura corretamente, recortando um quadrado, com margens de erro mínimas. Não coloriu toda a área do quadrado, contornou apenas o seu perímetro e, posteriormente, realizou um desenho do corpo dentro do quadrado.

Ao nível da *percepção*, a Olívia revelou mais dificuldades na percepção auditiva, reproduzindo uma melodia com alterações no ritmo e de forma pouco perceptível. Em termos da percepção visual, identificou corretamente duas de três imagens, referindo-se à paisagem montanhosa como sendo o “sol”. Reconheceu, através do tato, os três objetos apresentados.

Em relação à área *memória*, a Olívia apresentou dificuldades em todos os itens, à exceção da memória verbal, onde evocou as duas primeiras palavras de uma lista de três. Relativamente à memória visual, não selecionou corretamente as imagens anteriormente apresentadas, indicando duas imagens alternativas, mas pertencentes à mesma categoria (gato e uvas). Quanto à reprodução das posições corporais anteriormente realizadas, a aluna apenas recordou a primeira, mas com a pista de que era uma posição com as mãos. Não recordou as restantes, mesmo sendo fornecidas pistas. Em relação à sua data de nascimento, a aluna referiu “maio” que, coincidentemente, foi o mês referido pela aluna Filomena, mas que não corresponde ao mês de nascimento da Olívia.

Por último, no domínio *atenção/vigilância*, a aluna não agarrou o cubo ao sinal 5, fazendo-o apenas quando a estagiária terminava a contagem e com algum tempo de latência. A tarefa foi realizada várias vezes, repetindo-se o mesmo padrão de execução.

Na avaliação da Olívia, foi necessário ter em atenção ao elevado tempo de latência entre a instrução e a ação, respeitando-se o ritmo da aluna. Para além disso, a aluna apresentava tendência a desistir das atividades quando sentia dificuldades, adotando uma postura retraída e evitante. Os feedbacks positivos contornaram, de alguma forma, esta situação, mas a estratégia que surtiu mais efeito foi intercalar atividades que produzissem maior satisfação, com tarefas onde era experimentada maior dificuldade.

## **Isabel**

A avaliação inicial da Isabel foi pautada por dificuldades na maioria das tarefas, obtendo o nível 1 nos domínios *equilíbrio*, *noção do corpo*, *estruturação espaço-temporal*, *memória* e *atenção/vigilância*. O domínio *praxia fina* foi onde apresentou melhores resultados.

No domínio *equilíbrio*, foi necessário proceder à repetição da instrução, bem como fornecer ajuda física, de modo a se garantir a compreensão do que era pretendido em cada tarefa. Em termos do equilíbrio estático bipodal, a Isabel tentou aproximar os pés, contudo, estes não se tocavam, mesmo sendo fornecida ajuda física. No equilíbrio estático unipodal, colocou um dos pés em bicos dos pés, não levantando a perna para se tocar em apoio unipodal. Em relação à marcha controlada, andou em cima da linha, mas sem tentar realizar o percurso com o movimento pé ante pé, ao invés, realizou o trajeto com os pés em abdução. No item de girar 360°, deu uma volta parcial, em segurança e sem ajuda física, contudo, não completou a tarefa, mesmo após ajuda gestual e física. No item da marcha acelerada e corrida, realizou a marcha normal e com algumas paragens e desvios no trajeto.

No domínio *noção do corpo*, a aluna apenas apontou uma das partes do corpo (mãos). Quando a estagiária nomeava as restantes partes do corpo, a Isabel referia, repetidamente “não sei” e “não estou a falar sobre isso”. Relativamente à imitação de posições, a aluna olhava para a estagiária após ajuda verbal e física, contudo sem se movimentar. Apenas na última posição levantou os braços, baixando-os de imediato e sem os posicionar da forma pretendida.

No que se reporta à *estruturação espaço-temporal*, a aluna segurou os cartões da sequência de eventos e os objetos do item das orientações espaciais relativas, mas depois pousou-os, referindo novamente “não sei”. A aluna evitou a ajuda verbal e física, desviando o olhar e abordando assuntos não relacionados com a tarefa. No item da contextualização temporal, mencionou corretamente o dia da semana.

No domínio *praxia fina*, a aluna revelou maior investimento na tarefa de colorir dentro de linhas, contudo, apesar de respeitar os limites do quadrado, não pintou toda a

sua área e utilizou diferentes marcadores. Apresentou dificuldades na manipulação da tesoura, sendo necessária ajuda física para abri-la; para além disso, o recorte foi realizado com desvios, que se tornaram mais acentuados com o avançar da tarefa. Nos itens de abotoar e desabotoar, a aluna manipulou os botões, tentando executar a tarefa, mas o movimento realizado foi de puxar os botões. Agarrou a moeda em pinça perfeita, sem arrastá-la até ao bordo da mesa. Tentou enfiar as contas, mas revelou dificuldades acentuadas na manipulação fina dos objetos, bem como na coordenação visuomotora, sendo de referir o acentuado défice visual da aluna.

Ao nível da *percepção*, a aluna não reproduziu a melodia, assim como não nomeou as imagens do item da percepção visual. Não nomeou, igualmente, os objetos do item da percepção tátil, retirando-os dentro do saco, mas sem os identificar através do tato.

No domínio *memória*, a Isabel não evocou a lista de palavras nomeada pela estagiária, no item da memória verbal. Relativamente à memória visual, a aluna apontou para as imagens, mas sem especificar as imagens anteriormente apresentadas. Quanto às posições corporais, a aluna não as reproduziu, quer de forma espontânea, quer com o fornecimento de pistas. Em termos da sua data de nascimento, referiu corretamente o dia 1; o mês indicou que era “fevereiro ou qualquer coisa”, sendo o seu mês de nascimento outubro; quanto ao ano referiu “não sei”.

No domínio da atenção/vigilância, não agarrou o cubo ao sinal 5, da mesma forma que não o fez antes ou depois deste sinal.

A avaliação inicial da Isabel foi pautada pela reiteração das frases “não sei” e “não estou a falar sobre isso”. Para além disso, apresentou um discurso confuso e desorganizado, com referência a assuntos descontextualizados e sem um fio condutor. A Isabel não recusou, de forma clara, a realização das tarefas, contudo esta recusa poderá estar subentendida na postura evitante e na falta de investimento nas tarefas. Ao considerarmos os resultados da avaliação inicial da Isabel, é importante clarificar que a avaliação foi realizada numa fase de maior desorganização mental da aluna o que se reflete, naturalmente, na execução das tarefas.

### **3.6. Plano de Intervenção Psicomotora**

O período de intervenção com o grupo foi de 9 de janeiro a 26 de junho de 2013, sendo que os dias 9 e 16 de janeiro e 19 e 26 de junho foram dedicados à avaliação inicial e final, respetivamente. A frequência das sessões foi semanal, realizando-se às quartas-feiras, das 9:00 às 10:20 (80 minutos), contabilizando-se, no total, 23 sessões com o grupo. Todas as sessões foram realizadas em contexto de ginásio.

A partir dos resultados da avaliação inicial foram traçados objetivos para o grupo em geral, estipulando-se um maior investimento nas áreas fracas e simultaneamente, potenciando-se as áreas fortes, como forma de se garantir a motivação e a satisfação dos elementos do grupo.

No planeamento da intervenção, a estagiária não procedeu a uma calendarização dos objetivos a serem trabalhados em cada sessão ou a objetivos operacionais a serem alcançados por cada elemento do grupo. Os objetivos definidos visavam uma estimulação geral das áreas e foram trabalhados ao longo da intervenção de forma dinâmica e flexível, sendo ajustados em função da avaliação contínua, a qual tinha em linha de conta não só o desempenho dos alunos em tarefas específicas, como também os seus interesses, preferências e motivações. Na Tabela 4 são apresentados os objetivos gerais e específicos traçados para o grupo, bem como exemplos de atividades que permitiram trabalhar os mesmos.

Tabela 4 – Objetivos e Atividades desenvolvidas com o Grupo B

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Exemplos de Atividades</b>
Promover o equilíbrio	<p>Promover o equilíbrio estático:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪Melhorar o controlo postural no apoio bipodal;</li> </ul> <p>Promover o equilíbrio dinâmico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪Realizar o movimento pé ante pé na marcha controlada;</li> <li>▪Realizar a marcha acelerada;</li> <li>▪Promover o equilíbrio em desníveis;</li> <li>▪Promover o equilíbrio na trave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Exercícios em circuito, utilizando-se blocos e o banco sueco como desníveis;</li> <li>▪Jogos de estátuas, em posições de equilíbrio estático bipodal;</li> <li>▪Exploração de diferentes ritmos de deslocação, ao ritmo de uma música.</li> </ul>
Potenciar a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Estimular o sentido cinestésico (apontar e nomear partes do corpo);</li> <li>▪Reproduzir posturas e movimentos demonstrados;</li> <li>▪Explorar posturas e movimentos corporais de forma livre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Estimulação do sentido cinestésico, através da massagem ou estimulação com materiais de diferentes formas e texturas;</li> <li>▪Imitação de posturas de estátuas, apresentadas em fotografia;</li> <li>▪Reprodução de gestos ou ações associados a atividades do dia-a-dia (e.g. vestir-se, tomar banho).</li> </ul>
Estimular a Estruturação espaço-temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Saber o dia da semana e o local da intervenção psicomotora;</li> <li>▪Sequenciar uma ação;</li> <li>▪Reproduzir estruturas rítmicas;</li> <li>▪Posicionar/mover o corpo ou objetos, seguindo referências espaciais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Ritual de contextualização (dia da semana, local de intervenção, elementos presentes), realizado no início da sessão;</li> <li>▪Sequencialização de cartões, seguindo a ordem de realização de uma atividade da vida diária;</li> <li>▪“Grupo musical”, onde cada aluno tocava um instrumento, seguindo um ritmo e uma estrutura definidas;</li> <li>▪Realização de percursos com pegadas e depois seguir mesma trajetória, retirando-se as pegadas (envolve também a memória).</li> </ul>
Potenciar a Praxia Fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Estimular a manipulação fina de objetos;</li> <li>▪Estimular a coordenação visuomotora fina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Simulação de atividades da vida diária: estender roupa com molas; abotoar e desabotoar;</li> <li>▪Atividades de contorno de figuras e colorir imagens;</li> <li>▪Separar objetos/materiais pequenos (e.g. separar feijão de grão)</li> </ul>
Potenciar a Perceção	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Estimular a perceção tátil;</li> <li>▪Estimular a perceção visual;</li> <li>▪Estimular a perceção auditiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Reconhecer objetos do dia-a-dia através do tato e simular a sua utilização;</li> <li>▪Exposições de pintura com fotografias de quadros e identificar o que visualizavam nos quadros;</li> <li>▪Reproduzir melodias conhecidas e seguir ritmos.</li> </ul>
Estimular a Memória	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Estimular a memória verbal;</li> <li>▪Estimular a memória visual;</li> <li>▪Estimular a memória perceptiva;</li> <li>▪Estimular a memória episódica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Recontar histórias;</li> <li>▪Recordar e descrever os quadros observados numa exposição de pintura;</li> <li>▪Repetir sequências de posturas e de movimentos;</li> <li>▪Partilhar histórias e episódios de vida.</li> </ul>
Estimular a Atenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Promover a flexibilidade atencional</li> <li>▪Estimular a atenção sustentada</li> <li>▪Estimular a vigilância</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Movimentar-se livremente na sala ao som de uma música e suspender o movimento mediante a paragem de um estímulo sonoro;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reproduzir uma postura específica ao se ouvir um determinado som, utilizando-se outros estímulos concorrentes.</li> </ul>
--	--	--

### 3.6.1. Sessão-tipo

As sessões de intervenção psicomotora com o Grupo B seguiram, desde o início, uma estrutura específica, com a qual a estagiária pretendia inculcar rotinas nos alunos e, assim, permitir-lhes uma maior organização no espaço e no tempo. Outros aspetos foram considerados, os quais serão explicados em cada um dos momentos da sessão-tipo:

1) Ritual de Entrada/Contextualização: os alunos selecionavam e colocavam num quadro as fotografias dos elementos do grupo, uma imagem do contexto de intervenção e um cartão representativo da sessão de Psicomotricidade. Para além disso, era definida a data da sessão. Com este ritual, pretendia-se contextualizar os alunos no tempo, no espaço e no grupo, bem como prepará-los para a tipologia da sessão.

2) Ativação: Este momento da sessão tinha normalmente uma duração de 10 minutos e o objetivo era estimular e explorar o movimento de forma livre, ao som de uma música, ou de forma mais estruturada, com exercícios demonstrados pela estagiária, procurando-se potenciar a mobilidade articular e a ativação muscular.

3) Atividades: Nesta fase da sessão eram trabalhados os objetivos propostos, sendo definidas no máximo três atividades por sessão. Normalmente, cada atividade permitia trabalhar múltiplos objetivos, através da introdução de instruções ou outros materiais, na estrutura base. Pretendia-se, desta forma, manter um fio condutor, minimizando-se possíveis dispersões e perdas de atenção. Este momento da sessão tinha uma duração aproximada de 45 minutos, onde a primeira parte era mais dinâmica e a segunda parte dedicada a tarefas de mesa, indo de encontro aos ritmos dos alunos.

4) Retorno à Calma: A fase do retorno à calma foi planeada no sentido de se promover estados de descontração muscular, nomeadamente através da relaxação, o que foi possível em algumas sessões. Contudo a fase de retorno à calma era normalmente destinada à realização de um desenho, uma atividade muito solicitada por todos os elementos do grupo e que lhes produzia satisfação. Este momento tinha uma duração aproximada de 20 minutos.

5) Ritual de Saída: O ritual de saída compreendia a retirada do quadro dos elementos colocados no início da sessão, demarcando-se assim o final da sessão.

### 3.7. Resultados e Análise do Processo Interventivo

A intervenção com o Grupo B inspirou-se em linhas orientadoras do trabalho psicomotor realizado com idosos (Gerontopsicomotricidade), adaptadas às necessidades individuais e grupais, bem como às características do contexto de intervenção. Como tal, foram definidos objetivos suscetíveis de trabalhar os aspetos sensoriais, perceptivos, cognitivos e motores, tendo em conta as alterações decorrentes do processo do envelhecimento, patentes nos indivíduos do grupo. O processo interventivo foi, naturalmente, consequência das observações e resultados obtidos na avaliação inicial, o que engloba não só os dados quantitativos, relacionados com o desempenho na realização das tarefas, como também todo o conjunto das apreciações qualitativas, mais subjetivas e subtis, mas de importância fulcral na intervenção.

Na avaliação inicial, a estagiária apercebeu-se que os indivíduos apresentavam receios e inseguranças em algumas tarefas motoras, adotando uma postura defensiva e

hesitante. Deste modo, um dos pilares da intervenção com o grupo foi promover o acesso a experiências que incutissem sentimentos de segurança e crença nas capacidades. Para Levy (2000), a intervenção psicomotora com idosos deve iniciar-se com a tomada de consciência do corpo e da sua capacidade de expressão e funcionalidade, de modo a que o indivíduo recupere a autoimagem, autoconfiança e autoestima.

No sentido de uma maior consciencialização corporal, as sessões de Psicomotricidade incluíram momentos de exploração livre do movimento, de forma a se permitir a (re)descoberta do corpo, dos seus ritmos e expressões. Inicialmente, estes momentos eram marcados por movimentos inibidos e retraídos, a maior parte deles resultantes da imitação, para além de que havia uma tendência para permanecer no mesmo local, sem explorar o envolvimento ou as interações com os restantes elementos do grupo. Com o decorrer da intervenção, foram introduzidos alguns detalhes que resultaram em movimentos mais expansivos, criativos e dinâmicos, através da atribuição de significações vivenciais aos movimentos realizados. Associou-se, por exemplo, a expressão dos movimentos ao ballet que a Olívia realizava em criança; incluiu-se uma banda sonora relacionada com as atividades que a Isabel participava com a família, entre outras questões, que se traduziram numa maior disponibilidade e comunicação corporal.

Para Thiers (1998), o movimento é sempre decorrente da história de vida de cada indivíduo, a qual está gravada no corpo, que constitui o instrumento através do qual o Homem comunica e se expressa. O movimento encerra uma linguagem do sujeito consigo e para com o meio e não deve ser compreendido apenas de forma externa, através de uma visualização do gesto ou da postura, mas sim na possibilidade de se acompanhar o movimento desde o seu interior.

Madera (2005) refere que a Gerontopsicomotricidade visa a recuperação do prazer pelo movimento, através de experiências corporais, que irão permitir organizar a perceção do corpo e das ações, pretendendo-se que o indivíduo adquira maior autodomínio pessoal e corporal, através da interação com o seu EU, com o outro e com o envolvimento. O mesmo autor afirma que as experiências em sessão, ao assentarem numa vertente emocional e relacional, serão potenciadoras da comunicação e do estabelecimento de interações positivas entre os indivíduos.

Na intervenção com o grupo, a integração dos aspetos emocionais e relacionais nas sessões foi fundamental para o estabelecimento de relações recíprocas e empáticas. Os alunos, ao compreenderem que a presença da estagiária transmitia proteção emocional e segurança física, começaram a evidenciar maior disponibilidade e investimento nas interações e ações, o que se refletiu ao nível da motivação e empenho nas atividades propostas.

De modo a realizarmos uma análise mais específica do processo interventivo, abordaremos os resultados em termos individuais.

### **Filomena**

Ao longo do processo interventivo, a Filomena foi demonstrando maior autoconfiança na execução das atividades, estando mais predisposta à realização das mesmas. Se inicialmente a aluna referia “não consigo” ou “não sou capaz”, com o decorrer das sessões, as experiências de sucesso e os reforços positivos, pareceram despertar uma maior confiança nas suas capacidades. Paralelamente, foi demonstrando maior recetividade às tarefas propostas, parecendo mais motivada e entusiasmada.

A Filomena foi revelando ao longo das sessões maior capacidade de iniciativa, inclusivamente para interagir e cooperar com os colegas. Foi interessante reparar que a aluna, à medida que se sentia mais segura nas atividades, incentivava os colegas a realizá-las, indicando-lhes que não era difícil. Esta situação era mais comum nas tarefas de equilíbrio em desníveis, perante as quais os alunos apresentavam maiores inseguranças e receios.

A definição de rotinas na sessão pareceu ser um ponto favorável na intervenção com a Filomena, uma vez que a sua interiorização permitiu que a aluna estivesse mais organizada durante as sessões, antecipando alguns dos momentos e tomando iniciativa perante os mesmos. Contudo, eram comuns as dificuldades em dirigir a atenção para um novo estímulo/instrução, sendo necessário adotar um estilo comunicacional com maior contacto visual e proximidade física.

Em termos da comparação entre os resultados da avaliação inicial com os da avaliação final, verificaram-se melhorias em todas as áreas, excetuando-se o domínio *praxia fina*, onde a aluna manteve o nível de realização mais alto e a *atenção/vigilância*, onde a aluna apresentou resultados inferiores.

Especificando cada um dos domínios, ao nível do *equilíbrio* a aluna revelou melhorias no equilíbrio estático bipodal e na marcha controlada. Revelou segurança e autonomia na realização das tarefas e, contrariamente à avaliação inicial, não solicitou a ajuda física do técnico durante as mesmas. Contudo, na tarefa de apoio unipodal, revelou mais insegurança, devido à ocorrência de uma queda no fim-de-semana anterior à avaliação final.

Ao nível da *noção do corpo*, a aluna evidenciou melhorias no sentido cinestésico, bem como na imitação de posições, sugerindo-se uma melhor integração do seu esquema corporal.

No domínio *estruturação espaço-temporal*, a aluna apresentou melhorias na sequência de eventos, não só no que toca à sequencialização da ação representada, como também no facto de verbalizar a ação, acompanhando-a de gestos associados. Durante as sessões, um dos aspetos trabalhados prendeu-se com a reprodução de movimentos típicos de atividades da vida diária, o que, ao que parece, teve influência neste item de avaliação.

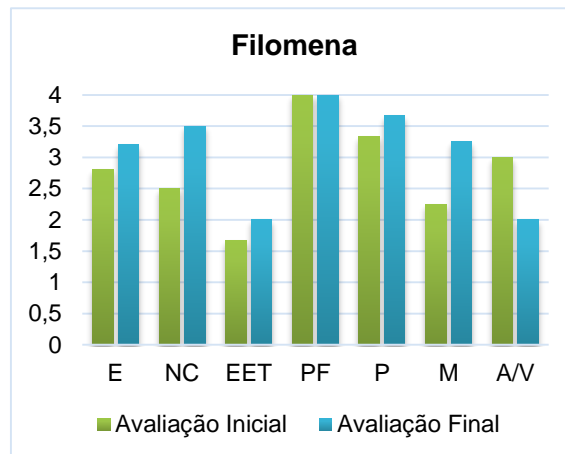
Em termos da *praxia fina*, a aluna manteve os resultados da avaliação inicial, os quais correspondem ao nível de realização mais eficaz. A Filomena demonstrou grande interesse nas atividades de praxia fina dinamizadas durante a intervenção, sobretudo as relacionadas com desenhos, recortes e colagens ou aquelas que envolviam objetos da vida diária, como molas e botões.

No domínio da *perceção*, as melhorias registadas reportam-se ao item da perceção visual, onde a aluna identificou corretamente todas as imagens. Na avaliação deste item, a aluna, para além de nomear as imagens, abordou assuntos relacionados com as mesmas (e.g. “isto são uvas e as uvas dão vinho”).

Relativamente à *memória*, a aluna apresentou grandes melhorias na memória visual, recordando as três imagens anteriormente expostas. A memorização das posições corporais foi qualitativamente melhor, apesar de este resultado não ser efetivo na avaliação, em função dos critérios de êxito definidos. No item da memória episódica, a aluna indicou corretamente o seu mês de nascimento. De forma espontânea, referiu a sua idade, o local onde nasceu e onde viveu, estando mais comunicativa comparativamente à avaliação inicial.

No domínio *atenção/vigilância*, a aluna apresentou resultados inferiores. Apenas quando a estagiária alterou a entoação da contagem é que a aluna agarrou o cubo. Esta situação poderá estar relacionada com as sessões, onde as diferenças de entoação da voz da estagiária eram utilizadas para captar a atenção da Filomena.

Na Figura 3 encontram-se os resultados quantitativos da avaliação inicial e final da Filomena, em função dos domínios, fornecendo-se uma imagem comparativa.



**Legenda:** E: Equilíbrio; NC: Noção do corpo; EET: Estruturação espaço-temporal; PF: Praxia fina; P: Percepção; M: Memória; A/V: Atenção Vigilância

Figura 3 – Resultados da Avaliação Inicial e Final da Filomena

### Olívia

Ao longo do processo de intervenção, a Olívia apresentou uma postura retraída e inibida; o seu contacto ocular era evitante e raramente comunicava com os colegas ou com a estagiária. A relação da Olívia com a estagiária foi pouco explorada nas sessões, comparativamente aos restantes elementos do grupo, o que poderá estar relacionado com as próprias dinâmicas grupais. A Filomena e, sobretudo, a Isabel eram muito espontâneas na comunicação com a estagiária, solicitando frequentemente a sua atenção e proximidade física, o que dificultava a disponibilidade da estagiária para interagir com a Olívia.

Nas atividades mais dinâmicas, que envolviam música e movimentos livres, a Olívia tornava-se mais expansiva; o mesmo acontecia nas atividades mais estruturadas, onde se realizavam movimentos de maior amplitude articular com bolas e bastões, as quais a aluna designava por “ginástica”, referindo gostar muito destes exercícios.

A Olívia realizava todas as atividades propostas nas sessões, porém, verificava-se um elevado tempo de latência entre a instrução e o início da ação. Inicialmente, a estagiária interpretava este intervalo como uma falta de motivação para a atividade, mas aos poucos foi compreendendo este ritmo próprio da aluna. Quando experimentava dificuldade numa determinada tarefa, a aluna evitava-a, colocando-se numa postura encolhida e evitante ou, noutros casos, abraçava a estagiária. Por vezes os reforços positivos tinham o efeito inverso na motivação para a atividade e era necessário dar-lhe tempo para que se envolvesse na mesma.

Quanto aos resultados da avaliação final, a Olívia apresentou melhorias nos domínios *noção do corpo*, *estruturação espaço-temporal*, *praxia fina*, *memória* e *atenção/vigilância*. Ao nível do *equilíbrio* e *percepção*, manteve os resultados. De um modo geral, verificou-se que realizou as tarefas de forma mais espontânea.

No domínio *equilíbrio*, a aluna revelou segurança gravitacional e um controlo postural adequado na maioria dos itens. No equilíbrio estático unipodal, pousou o pé antes de serem evidentes as oscilações corporais, o que pode ser interpretado como uma estratégia de garantir a sua própria segurança.

Ao nível da *noção do corpo*, as melhorias registaram-se tanto no sentido cinestésico, onde apontou mais partes do corpo, como na imitação de posições. Na avaliação final, as imitações foram exatas ou aproximadas, o que pode sugerir uma melhor integração do seu esquema corporal.

Em termos da *estruturação espaço-temporal*, mantiveram-se as dificuldades, observando-se melhores resultados no item da sequência de eventos, onde a aluna foi capaz de colocar os cartões na posição correta, com ajuda verbal, compreendendo a ação representada. A Olívia, ao longo das sessões, revelou muitas desorientações espaciais, sobretudo em termos da relação do seu corpo em relação a espaço.

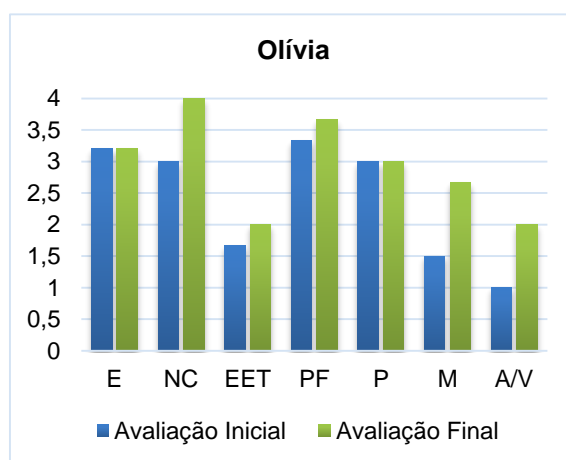
Relativamente à *praxia fina*, as melhorias foram observadas nas tarefas de desabotoar e colorir dentro de linhas. Na avaliação final, assim como ao longo das sessões, a aluna realizou com motivação as tarefas de praxia fina, evidenciando controlo visuomotor e capacidade de manipulação fina de objetos, porém de forma lenta.

No que se reporta ao domínio *percepção*, a Olívia obteve melhores resultados no item da percepção visual, nomeando corretamente as imagens. Contudo, podemos não estar perante uma verdadeira melhoria da percepção visual, mas sim devido a uma familiarização com as imagens, pois são as mesmas da avaliação inicial. Ainda assim, ao longo da intervenção, a aluna identificava e nomeava diversas imagens, mas por vezes com necessidade de incentivo à verbalização.

No domínio *memória*, as principais melhorias foram no âmbito da memória visual, onde a aluna selecionou espontânea e corretamente as três imagens anteriormente apresentadas. Ao nível da memorização das posições corporais, também foram registadas melhorias, com a reprodução das três posições sem pistas, ainda que de forma aproximada.

Em relação à *atenção/vigilância*, a aluna apenas agarrou o cubo quando a estagiária terminou a contagem e não ao sinal 5 da contagem, o que pode estar relacionado com a lentificação da ação motora da Olívia, anteriormente mencionada.

A Figura 4 contempla os resultados quantitativos da avaliação inicial e final da Olívia.



**Legenda:** E: Equilíbrio; NC: Noção do corpo; EET: Estruturação espaço-temporal; PF: Praxia fina; P: Percepção; M: Memória; A/V: Atenção Vigilância

Figura 4 – Resultados da Avaliação Inicial e Final da Olívia

### Isabel

Na análise do processo interventivo com a Isabel, não podemos descurar a presença dos sintomas psicopatológicos, sendo mais intensos em determinados períodos. Na avaliação inicial e durante as primeiras sessões de intervenção, a Isabel estava mais desorganizada, expressando-se num discurso repetitivo, confuso e descontextualizado. Referia continuamente “não estou a falar sobre isso”, mesmo quando os assuntos não lhe

eram dirigidos; em algumas situações gritava, noutras estava apática, sendo frequentes as oscilações de humor.

Numa fase posterior, esteve mais organizada e estável, verificando-se grandes diferenças no seu envolvimento nas atividades e pré-disposição para a aprendizagem. Durante a intervenção, revelou um lado mais expansivo e participativo e, se no início a sua postura era passiva e retraída, ao longo das sessões foi-se tornando mais disponível e motivada para o movimento e para a ação. A Isabel manifestava muitos receios nas atividades mais dinâmicas, referia várias vezes que não via bem e sublinhava que era preciso cuidado para não cair e para não partir os óculos. Estes receios mantiveram-se, contudo, ao confiar na supervisão próxima da estagiária, a Isabel permitiu a si própria o acesso a experiências motoras diferentes.

Ao longo do estágio, estabeleceu-se uma relação de grande proximidade com a Isabel, o que foi possível não só com as sessões de psicomotricidade, como também através do contacto nos restantes ateliers e espaços da Qe, formando-se um vínculo afetivo com a aluna. Nas sessões com o Grupo B, a Isabel solicitava com muita frequência a atenção da estagiária, sendo por vezes difícil gerir a sessão com o grupo. Para além disso, o facto de ser menos autónoma comparativamente aos restantes elementos, resultava numa maior necessidade de apoio verbal e físico.

No período coincidente com a avaliação final, a medicação psicotrópica da Isabel foi ajustada, devido ao acentuar de alguns sintomas psicóticos, sendo que as sessões de avaliação final foram posteriores a esta revisão farmacológica. Na avaliação final, a Isabel estava estável e aparentava estar mais organizada.

Relativamente aos resultados da avaliação final, a aluna apresentou melhorias em todos os domínios. De um modo geral, esteve focada e empenhada e o seu discurso estava coerente e relacionado com o contexto. Enquanto na avaliação inicial a aluna referia várias vezes “não sei fazer isso”, na avaliação final indicava “vamos ver se consigo, vou tentar”.

No domínio do *equilíbrio*, as melhorias registaram-se ao nível do apoio bipodal e no item de girar 360°. Apesar de se manterem as dificuldades neste domínio, a Isabel demonstrou um controlo postural mais adequado e maior compreensão das posturas e movimentos pretendidos. Continuou a não realizar a marcha acelerada e corrida e a revelar desorientações espaciais, contudo os passos foram mais rápidos e ritmados.

Ao nível da *noção do corpo*, verificaram-se melhorias quer ao nível do sentido cinestésico, onde a aluna apontou mais partes do corpo, quer na imitação de posições. Neste último item, apesar das distorções acentuadas na imitação, a aluna tentou posicionar corretamente a parte do corpo pretendida (mãos, pés, braços). Este aspeto foi muito trabalhado durante as sessões, com recurso ao reforço táctiloquinestésico.

No domínio *estruturação espaço-temporal*, a aluna apresentou melhores resultados no item das orientações espaciais relativas. Indicou, de forma acertada, que o dia da semana era quarta-feira, sendo que durante as sessões de intervenção indicava sempre que as sessões eram nesse dia da semana. Contudo, durante a intervenção observaram-se muitas dificuldades neste domínio, sendo acentuadas as desorientações espaciais. Neste sentido, os circuitos ou materiais delimitadores de um espaço (e.g. arcos) eram facilitadores da organização espacial da aluna.

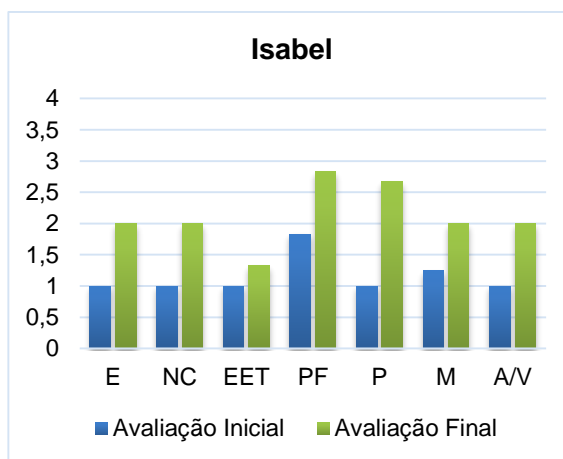
No que se reporta à *praxia fina*, a aluna obteve melhores resultados em todas as tarefas, nas quais esteve focada e empenhada. Foi capaz de abotoar e desabotoar, sendo que na avaliação inicial puxava os botões. Revelou melhorias na coordenação visuomotora fina, manipulando com mais segurança e firmeza os objetos, estando menos acentuados os movimentos atetóides ao nível das mãos. Nas tarefas de colorir dentro de linhas e recortar com uma tesoura, a realização foi completa e adequada, sendo ligeiros os desvios em relação aos limites.

Em termos da percepção, verificaram-se melhores resultados em todos os itens. No item da percepção auditiva, a Isabel reproduziu a melodia, seguindo o seu ritmo;

relativamente à percepção visual, identificou uma das imagens e, na percepção tátil, reconheceu um dos objetos.

No domínio da *memória*, as melhorias registaram-se nos itens da memória visual, onde a aluna reconheceu a imagem anteriormente identificada no item da percepção visual; na memória verbal, onde a aluna evocou a última palavra de uma série de três e na memória episódica, referindo corretamente o dia e o mês do aniversário.

Na Figura 5 são apresentados os resultados quantitativos da avaliação inicial e final da Isabel, em função dos domínios.



**Legenda:** E: Equilíbrio; NC: Noção do corpo; EET: Estruturação espaço-temporal; PF: Praxia fina; P: Percepção; M: Memória; A/V: Atenção Vigilância

Figura 5 – Resultados da Avaliação Inicial e Final da Isabel

### 3.8. Reflexão

Este estudo, apesar de ser de grupo, foca questões individuais, decorrentes da própria forma como foi encarado o processo interventivo. Interveio-se com cada um dos elementos, tendo em conta as suas especificidades em termos emocionais, relacionais e psicomotores, sendo por vezes difícil gerir as sessões, devido à necessidade de se prestar apoio individualizado. Cada um dos indivíduos requeria proximidade física e disponibilidade emocional da estagiária, o que acabou por resultar num modelo de sessão onde eram realizadas intervenções individuais, no seio de um grupo.

Durante a intervenção, priorizou-se o estabelecimento de interações recíprocas e a promoção de um espaço securizante para as experiências psicomotoras. Acredita-se que estes fatores poderão ter influência ao nível dos resultados da intervenção, quer em termos qualitativos, referentes à motivação e pré-disposição para a aprendizagem, quer ao nível dos aspetos quantitativos, avaliados formalmente.

Em termos críticos, podemos questionar-nos se os resultados quantitativos refletem verdadeiras melhorias nos domínios de intervenção, do ponto de vista da transferência das aprendizagens para as atividades do dia-a-dia e da sua influência efetiva na funcionalidade. Contudo, é certo que a intervenção com o grupo não foi vocacionada para aprendizagens concretas em contexto real, sendo circunscrita a um espaço privilegiado para a exploração das potencialidades do corpo e da capacidade de agir com o mesmo, procurando-se investir em atividades de interesse para os indivíduos.

## 4. Estudo de Caso

Neste capítulo será apresentado o estudo de caso de um aluno recente na instituição, cuja anamnese não foi facultada. A descrição inicial do Frederico, nome fictício,

será feita tendo em conta as observações da estagiária e completadas com alguns dados fornecidos pelos técnicos.

#### 4.1. Descrição

O Frederico é um adolescente de 16 anos, alto e corpulento, com uma barriga proeminente, na qual costuma bater com as palmas das mãos, apreciando o som provocado pelos seus toques. Move-se de forma arrastada, normalmente com inclinação do tronco para trás, o que faz sobressair a barriga. Frequentemente, bate com os pés à medida que anda e atenta no som resultante dos impactos, os quais diferem em termos de ritmo e força exercida. O Frederico parece fascinar-se pelos ruídos que produz, não só com o seu corpo, mas também com os objetos, explorando várias formas de gerar estímulos sonoros. É muito curioso e observador, olha atentamente para o espaço envolvente e dirige-se para os objetos que despertam o seu interesse, explorando-os sobretudo através da audição e olfato. É muito perspicaz e a sua capacidade de memorizar informações é notável.

Os números e elevadores são elementos de interesse para o Frederico, sendo frequente estar a escrever sequências de números repetidamente ou a construir elevadores com caixas, nas quais cola os números que escreveu, estruturando os andares. Prefere realizar estas atividades sentado no chão e apresenta um ar sério e focado quando está envolvido em tarefas do seu interesse e a explorar os seus brinquedos.

O Frederico comunica e expressa-se bem de forma verbal, mas essencialmente através de frases curtas, referindo-se a si com inversão pronominal (e.g. “Queres beijos”, em vez de “Quero beijos”) ou na terceira pessoa. O seu tom de voz por vezes é estridente, sobretudo quando a sua intenção não é satisfeita de imediato. O estado emocional do Frederico oscila com frequência, se num momento está a pedir beijos, no instante a seguir pode estar a gritar e a querer magoar alguém, sobretudo se for contrariado, ficando ansioso e perturbado, com tendência a adotar comportamentos desajustados (e.g. puxar os cabelos da pessoa que o contrariou). Contudo, revela um elevado sentimento de culpa após os mesmos e, como forma de se desculpar, refere, por exemplo, “O Frederico tira o puxão de cabelos”. Estes comportamentos agressivos são contrastantes com o seu lado ternurento, o qual remete para aspetos infantis, devido à linguagem utilizada (e.g. “queres miminhos”, “queres colinho”).

A noção dos comportamentos desadequados parece estar bem integrada no Frederico, na medida em que é usual verbalizar um conjunto de comportamentos que não deve adotar, mesmo que não estejam relacionados com o momento em questão (e.g. “não atira o armário ao chão”, “não puxa os cabelos”). Porém, estes são adotados de forma impulsiva, denunciando uma dificuldade no autocontrolo. O Frederico parece requerer contenção nestes momentos, por vezes coloca as mãos na cabeça e aperta-a com força, coloca-se debaixo de colchões, o que sugere uma necessidade de um limite físico.

O Frederico é autónomo na sua higiene pessoal, alimentação e vestuário. Contudo, necessita de apoio individual a tempo inteiro, de modo a se evitarem os comportamentos problema. Vive com a avó e tem duas irmãs e um irmão mais velhos. Quando tinha 9 anos, a mãe foi viver para Angola e as suas visitas a Portugal são pontuais.

A sua integração na Qe data de setembro de 2012, estando, portanto, em processo de adaptação no período em que se iniciou o estágio. Verifica-se uma preocupação partilhada pela equipa em proporcionar-lhe as condições e as competências necessárias a uma boa integração na instituição, expressa nas interações com os colegas, com os técnicos e no contexto. Está em fase de transição na Qe, i.e., no período posterior à avaliação inicial, durante o qual são recolhidos os dados para posterior delineamento do Plano de Desenvolvimento Individual, que contém os objetivos de intervenção.

O Frederico está diagnosticado com PEA e está sujeito a um tratamento farmacológico diversificado, mas que não se direciona para as questões do autismo. Diariamente toma topiramato e valproato de sódio, ambos anticonvulsivos que atuam

como estabilizadores de humor; risperidona, um atípicico administrado para os problemas de agressividade; paroxetina, como antidepressivo; e cloridrato de metilfenidato, um psicoestimulante para focar a sua atenção e concentração. Em SOS toma ciamemazina, um antipsicótico administrado para controlar a sua ansiedade e agitação.

## **4.2. Considerações Iniciais**

Antes de se iniciar a intervenção individual, a estagiária teve contacto com o Frederico na Sala TEACCH e no grupo de Psicomotricidade, sendo possível observar os seus comportamentos, bem como atentar nas metodologias de trabalho utilizadas pelas técnicas, o que garantiu alguma preparação para as sessões individuais.

Na Sala TEACCH observou-se e deu-se apoio a uma forma de intervenção estruturada, onde a maior parte das atividades eram realizadas no computador, sendo que, no final, o Frederico tinha como recompensa brincar com os seus materiais ou ver um programa da sua preferência.

O grupo de Psicomotricidade tinha sessões no mesmo local onde foi realizada a intervenção individual, de modo que o apoio neste grupo foi fundamental para perceber a relação do Frederico com o espaço de intervenção. A interação neste contexto permitiu perceber a sua tendência para realizar atividades sentado no chão, a sua preferência pelo túnel e pela tenda, bem como a forma como a técnica geria a intervenção com o Frederico. Estas sessões foram também importantes para explorar a interação, descobrindo-se, por exemplo, o seu gosto pelas massagens com bolas.

Em ambos os contextos, era necessária uma supervisão próxima, de modo a se evitar comportamentos inapropriados, nomeadamente com os colegas.

## **4.3. Avaliação Inicial**

A avaliação do Frederico é de carácter informal e compreende uma observação descritiva livre das interações do aluno no contexto, com os materiais e com a estagiária, atentando-se nos seus comportamentos, interesses e motivações. A avaliação inicial decorreu a 11 de janeiro, entre as 10:30 e as 12:00, no ginásio “Espaço Movimento”.

Nesta sessão inicial, preparou-se uma atividade semi-estruturada, que consistia em realizar a silhueta do corpo em papel de cenário e procurou-se que a restantes fossem de encontro aos seus interesses manifestados na sessão, para assim se observar o seu comportamento perante atividades propostas e atividades por ele sugeridas. Para o final, estava planeada uma componente de relaxação, como forma de retorno à calma, mas também com o intuito de se observar os comportamentos do Frederico neste momento.

### **4.3.1. Resultados da Avaliação Inicial**

O Frederico estava motivado para ir para o Espaço Movimento, local onde se encontra a tenda e o túnel, que ele tanto aprecia. Ao chegar ao ginásio, o Frederico dirigiu-se avidamente para vários objetos, alternando entre um e outro, cheirando-os, ouvindo o barulho que produziam com o seu toque. Perguntou pela tenda, pelo túnel e por outros objetos que não se encontravam naquele espaço e verbalizou uma série de pretensões descontextualizadas, revelando um pensamento disperso e desorganizado. Seguindo a metodologia de trabalho com o Frederico na sala TEACCH, optou-se por sugerir que a tenda e o túnel ficassem como recompensa, após a realização da atividade planeada, a qual consistia no contorno do corpo, em papel do cenário. O Frederico deitou-se no mesmo, reagindo bem ao contorno e, de seguida, compusemos a silhueta, completando-a com os elementos do rosto, tarefa que o Frederico realizou num ápice, com traços fortes e imperfeitos, numa pressa de terminar a atividade. Vestimos o desenho e o Frederico quis acrescentar uma gravata à indumentária, como ele próprio gosta de usar. Perguntei-lhe onde ele ia de gravata, ao que ele me respondeu “Vai para o elevador/Tem uma reunião nas residências”.

Como combinado, após a atividade, o Frederico teve acesso à tenda, na qual entrou juntamente com a sua mochila, onde guardava uma mistura eclética de objetos, desde frutas de plástico a embalagens de champô vazias, passando por uma imensidão de papéis rabiscados. Observei a sua interação com os objetos, enquanto lhe fazia perguntas sobre os mesmos. O Frederico cheirava-os e explorava os sons possíveis, com diferentes toques, colocando os objetos bem próximos do ouvido e, pontualmente, respondia-me com frases curtas ou repetia a última parte do que lhe perguntava, em jeito de resposta.

No final da sessão, propôs-se uma massagem com a bola suíça, à qual o Frederico aderiu, saindo da tenda prontamente e deitando-se em decúbito ventral no colchão indicado. Durante a massagem, eram frequentes as vocalizações e os movimentos do corpo, como balançar-se para cima e para baixo, suspendendo-os quando a massagem era realizada com maior pressão. Perguntei-lhe se era assim que preferia e ele disse que sim, subentendendo-se um desejo de contenção.

Durante esta sessão, foi frequente o Frederico referir-se a um conjunto de comportamentos que não deveria adotar, abordando-os enquanto realizava as atividades, como se estivesse a recordar-se de algo importante. Olhava-me fixamente e dizia “Não atira o armário ao chão!/Não puxa os cabelos à Marta” e depois retomava o que estava a fazer. É importante referir que estas situações já haviam acontecido.

#### **4.3.2. Análise da Avaliação Inicial**

A sessão de avaliação inicial coincide com a primeira sessão de interação com o Frederico, sem a presença de outros técnicos ou alunos. Esta interação de um para um foi encarada como um desafio, emergindo algumas inseguranças e receios, na eventualidade de ocorrer algum comportamento desadequado, sobretudo se colocasse em risco a segurança de ambos. Contudo, o Frederico apenas verbalizou comportamentos inapropriados, sem revelar intenção de os adotar.

Esta sessão inicial foi importante para desmistificar estas inseguranças, sentindo-se que a relação de um para um deveria ser encarada como uma forma privilegiada de se estabelecer uma relação de proximidade e de descoberta do outro. Deste modo, assumiu-se que faria sentido apostar em atividades escolhidas pelo Frederico, dando liberdade para ele se expressar e revelar, sendo mediadora das mesmas, no sentido de o organizar e estruturar, tendo em conta as suas dispersões.

As observações realizadas na avaliação inicial permitiram orientar uma forma de intervenção assente na dinamização de atividades em conjunto, interagindo-se reciprocamente através das mesmas. No fundo, sentiu-se que se deveria investir em interações por si só recompensadoras, ao invés de se esperar por uma recompensa, até porque este adiamento poderia resultar numa falta de investimento na interação presente, tal como se verificou na sessão inicial.

#### **4.4. Calendarização**

A intervenção com o Frederico decorreu no período de 11 de janeiro a 3 de maio, contabilizando-se um total de 14 sessões. Estas eram realizadas à sexta-feira, das 10:30 às 12:00, em contexto de ginásio.

#### **4.5. O Contexto**

As sessões de intervenção tinham lugar no Espaço Movimento, um local que o Frederico apreciava e onde se sentia confortável. Apesar de interagir com o Frederico em diferentes ateliers da Qe, ele associava-me àquele local e, frequentemente, dizia-me “Queres ir para o Espaço Movimento”. Nos restantes locais, a estagiária seguia a estrutura e regras específicas de cada atelier, apoiando o Frederico à luz da intervenção dos outros técnicos, subentendendo-se que o Frederico tinha a noção de que era naquele contexto que explorávamos a nossa própria dinâmica.

#### 4.6. Sessão-Tipo

As sessões com o Frederico seguiam uma estrutura de 1) rotina de entrada, 2) atividades e 3) retorno à calma. Na rotina de entrada, o Frederico colocava num quadro uma fotografia sua, outra da estagiária e ainda do Espaço Movimento, definindo-se os participantes da interação e o contexto onde esta se desenrolava. Na fase das atividades, planeávamos, em conjunto, uma tarefa escolhida na própria sessão, potenciando-se a interação através da mesma. Através das tarefas, eram trabalhados, naturalmente, os objetivos da intervenção. No momento de retorno à calma, era realizada uma massagem, normalmente com bolas, sendo também explorados outros materiais, no sentido de se promover a estimulação sensorial.

#### 4.7. Linhas Orientadoras da Intervenção

A intervenção com o Frederico alicerçou-se no *Gentle Teaching* (McGee et al, 2008), tendo como linha orientadora o investimento na formação de vínculos, na base de uma relação interdependente, privilegiando-se, acima de tudo, a presença humana. Nesta dinâmica, a aceitação do outro, a confiança, a cooperação e o respeito, assumiram-se como valores a transmitir.

Os autores do *Gentle Teaching* observam que, muitas vezes, as tarefas e a aquisição de capacidades são entendidas como a finalidade central dos programas, mas sem negar a necessidade da aquisição funcional, os autores afirmam que a sua premissa é de que as tarefas e as capacidades são secundárias relativamente ao ensino de interações recompensadoras (McGee et al, 2008). Seguindo esta linha de intervenção, as tarefas desenvolvidas com o Frederico funcionaram como um veículo no estabelecimento da relação, estando associadas aos seus interesses e motivações e sem ser importante o seu desempenho ou eficácia nas mesmas.

À luz do *Gentle Teaching* o antecedente de toda a aprendizagem é a valorização da presença humana, entendendo-se o valor dos contactos, gestos, palavras, acima de outras formas de reforço (McGee et al, 2008). Contudo, no autismo, apesar de não existir uma ausência absoluta de desejo de presença, verifica-se uma relativização desse desejo. As interações sociais regem-se pelos interesses da pessoa com autismo e o outro funciona como um instrumento para se obter aquilo que se pretende (Siegel, 2008). O Frederico não evidenciava uma ausência do desejo de presença, mas, claramente, uma instrumentalização do outro no sentido dos seus interesses. Durante a intervenção, as sessões tinham em conta as suas preferências, mas procurou-se, paulatinamente, incutir a perspetiva do outro, da sua importância na interação e o valor da sua presença.

#### 4.8. Objetivos da Intervenção

Ao longo da intervenção, foram traçados objetivos simples, relacionados com a própria dinâmica das sessões, os quais estão resumidos na tabela 5. Durante as sessões, o objetivo fulcral, como referido, foi a formação de vínculos, através da interação, comunicação e partilha de valores.

Tabela 5 – Objetivos da Intervenção com o Frederico

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Importância
Desenvolver Competências de Flexibilidade Mental e Comportamental	▪Aceitar mudanças em jogos, tarefas e atividades repetidas; ▪Aceitar a realização de atividades diferentes.	Facilitar a socialização, ao se estimular a aceitação da perspetiva do outro e das suas opiniões. Tornar-se mais recetivo e menos rígido nas suas pretensões.
Promover a organização do pensamento	▪Ser capaz de planificar uma tarefa, em termos dos materiais a utilizar, procedimentos e sequência de ações.	Facilitar a organização do pensamento e o foco da

		atenção na tarefa planeada. Evitar dispersões.
Relaxação	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Promover a capacidade de descontração;</li> <li>▪Reduzir estados ansiogénicos</li> <li>▪Promover sensações de contenção e de limite</li> </ul>	

#### 4.9. As Sessões de Intervenção

Ao longo da intervenção, as atividades desenvolvidas eram escolhidas em conjunto, de forma espontânea e criativa. Estas eram arquitetadas na própria sessão, sendo sensíveis às preferências que o Frederico manifestava, de forma verbal e não verbal e a estagiária assumia-se como mediadora, no sentido de organizar, estruturar e sugerir ideias. A intervenção foi, portanto, pautada pela imprevisibilidade, onde o investimento num determinado objetivo implicava uma observação atenta dos seus comportamentos e, sobretudo, do seu estado emocional, cuja instabilidade exigia da estagiária a sensibilidade para compreender estas oscilações, adequando a sua atitude.

A decisão de enveredar por uma preferência manifestada pelo Frederico e, com ela, construir uma atividade, tinha como objetivo encontrar um veículo que permitisse maximizar a interação e a comunicação. Paulatinamente, tornava-se possível introduzir aspetos que permitissem trabalhar os objetivos programados, pois a reciprocidade da interação facilitava a abertura neste sentido.

A intervenção teve como ponto de partida a obsessão que o Frederico tem por números e a utilização deste elemento nas sessões permitiu aproximar-me do Frederico, facilitando o estabelecimento da relação. No entanto, o Frederico apresenta dificuldades na aplicação prática dos números. Deste modo, procurou-se desenvolver atividades que os envolvessem, criando-se situações propícias à utilização prática dos mesmos. Algumas atividades inspiraram-se em situações de compra e venda de objetos, onde se atribuía um valor monetário aos mesmos. Na dinamização destas atividades, enveredávamos num role-play, onde um de nós era o vendedor e o outro o cliente, investindo-se em regras sociais e expressões de cortesia. Os números foram também um elemento, através do qual se partiu para a exploração de outros materiais, desenvolvendo-se assim a criatividade e a noção de versatilidade. Ou seja, pretendeu-se sair do papel, onde os números eram escritos repetidamente e incentivar a utilização de outros materiais presentes na sala. Moldámos números com plasticina, construimo-los com bastões e demos lugar a outras formas de representação, às quais o Frederico se mostrou, normalmente, recetivo.

A sua obsessão por elevadores foi também propícia ao estabelecimento da relação, sendo que na segunda sessão com o Frederico, construimos o primeiro de muitos elevadores. O primeiro foi construído com bastões e blocos, mas os restantes foram, na sua maioria, elaborados com caixas de cartão. Numa das sessões, o Frederico queria utilizar uma caixa do Espaço Movimento, a qual servia para guardar os materiais. Ao ser explicada a impossibilidade de a utilizar, o Frederico começou a gritar e a mostrar-se muito perturbado, acabando por me puxar o cabelo. As caixas de cartão começaram a ser uma presença assídua nas sessões e, mesmo que não fossem utilizadas, sentia-me mais segura se estas estivessem presentes.

A construção de elevadores constitui um elemento de destaque, não só pela frequência com que esta atividade ocorria, mas também pela dinâmica subjacente à sua construção. Partilhávamos um objetivo comum, o qual era alcançado através da participação de ambos, recorrendo-se à divisão de tarefas, com base na interajuda. Criávamos histórias em torno desta atividade, como por exemplo o prédio a que pertencia o elevador e quem habitava no mesmo. Ou criávamos um elevador para cada um de nós, um do Sporting para o Frederico e um do Benfica para a Marta e, quando assim era, ele construía o meu e eu o dele. A participação nesta atividade produzia recompensa para ambos. Aliás, a atividade era a própria recompensa.

Em algumas sessões, as atividades foram planeadas a partir objetos que Frederico levava para a sala, com os quais brincava de forma estereotipada, procurando-se, deste modo, dinamizar uma atividade criativa com os mesmos, estimulando-se a comunicação.

No início de uma atividade, procedia-se à planificação da mesma, o que se revelou essencial para a estruturação do pensamento e foco da atenção numa determinada ação, contornando-se a tendência do Frederico à dispersão de ideias e propósitos. No decorrer da atividade, o registo escrito funcionava como uma estratégia de orientação para a mesma, permitindo também evitar os comportamentos desajustados.

Outros aspetos foram trabalhados exclusivamente numa sessão, tendo em conta determinadas questões, nas quais se achou pertinente intervir. Numa das sessões, o Frederico verbalizou com mais frequência os comportamentos que não devia adotar, num conjunto interminável de frases seguidas, ditas de forma estridente. Propus realizarmos uma sopa de letras (uma atividade que o Frederico aprecia), apenas com ações positivas e agradáveis. Pedi ao Frederico que dissesse coisas que pode fazer e de que gosta e este bloqueou, continuando a proferir o que não devia fazer. Construímos a sopa de letras, mas foi necessário sugerir-lhe os conteúdos, uma vez que o seu pensamento estava preso às ações negativas.

Noutra sessão, considerou-se importante intervir ao nível da impossibilidade de levar para casa os objetos do Espaço Movimento. Com frequência, o Frederico referia que queria levar determinados materiais consigo e, por vezes, insistia nesta ideia, gritando e mostrando-se irredutível. Assim, organizou-se uma atividade com o túnel, onde cada um dos nós se encontrava numa das extremidades. O Frederico passava-me, através do túnel, os seus objetos pessoais e eu passava-lhe os materiais do Espaço Movimento, de forma intercalada. Entretanto, interagíamos com os materiais que estavam do nosso lado, sendo que no final estavam do meu lado praticamente todos os seus objetos pessoais. O Frederico começou a observar-me e dirigiu-se para o meu lado do túnel, para manipular os seus brinquedos. Por fim, arrumámos os objetos nos seus devidos locais, com a distinção clara dos que pertenciam ao Frederico e dos que pertenciam ao Espaço Movimento. Curiosamente, o Frederico deixou de insistir na pretensão de levar os objetos da sala.

Ao longo da intervenção, a relaxação foi uma componente importante, com a qual se pretendia promover estados de descontração e diminuição de estados ansiogénicos. Esta ocupava cerca de 30 minutos da sessão e representava um momento muito apreciado pelo Frederico.

#### **4.9.1. A Relaxação**

O momento de relaxação era realizado com as mesmas músicas, em todas as sessões e o início da música funcionava como um elemento antecipatório deste momento. Eram feitas massagens, em decúbito ventral, normalmente com bolas, de diferentes dimensões. Nas fases em que o Frederico estava mais instável, utilizava-se uma bola suíça, uma vez que esta permitia uma maior abrangência e, utilizando o peso do meu corpo, exercia uma pressão forte. Esta contenção parecia reduzir os estados de ansiedade do Frederico. De acordo com Siegel (2008), as crianças com autismo apreciam estímulos sensoriais resultantes da pressão profunda, no entanto, parecem não tolerar que esta pressão seja exercida por outra pessoa, uma vez que assim não controlam quando é que o contacto começa e termina. Esta situação, porém, não se verificava com o Frederico que, pelo contrário, manifestava o desejo de pressão realizado por outra pessoa.

Nas fases em que o Frederico estava mais estável, investia-se em massagens com bolas mais pequenas, que facilitavam o contorno dos limites corporais e a estimulação propriocetiva de partes do corpo em separado. Explorava-se também a estimulação com diferentes materiais, como sacos de feijão e rolos, experimentando-se diferentes sensações.

Durante a massagem, era comum o Frederico balançar-se para cima e para baixo, por vezes com as mãos debaixo do tronco, ficando a dúvida se estaria a estimular os genitais. Siegel (2008) refere que os movimentos de balançar parecem funcionar como uma resposta às dificuldades que a criança tem de regular a intensidade dos diferentes estímulos sensoriais que recebe, sendo uma forma de extravasamento decorrente da incapacidade de os tolerar. Podemos considerar a possibilidade do Frederico estar a reagir aos estímulos sensoriais, contudo, o facto de apreciá-los torna esta questão duvidosa. Deste modo, e como forma de evitar que a massagem adquirisse uma conotação sexual, colocava-se, de forma subtil, os braços ao lado do tronco, sob o pretexto de passar a bola sobre os mesmos.

#### **4.9.2. Comportamentos desajustados**

Durante o período de intervenção, foram frequentes os estados ansiogénicos, os quais potenciavam a adoção de comportamentos desajustados, perante os quais o técnico deve ter a capacidade de ser consistente no que se reporta à recompensa humana (McGee et al, 2008). Segundo os autores, é precisamente nas situações mais difíceis que devemos ser consistentes na transmissão de sentimentos de aceitação e tolerância, apostando fortemente na recompensa humana, como forma de garantir proteção e segurança, fortificando-se os vínculos.

Nas sessões de intervenção, foram mais comuns as ameaças de comportamentos desajustados, do que propriamente a sua execução. Estes eram, normalmente, antecedidos por algum sinal precursor (e.g. sorriso e olhar malicioso), o que facilitava a sua prevenção. No entanto, em estados de maior ansiedade e instabilidade, estes surgiam sem aviso prévio, de forma impulsiva.

Segundo Barnhill e McNeils (2006), os comportamentos desafiantes estão mais associados a fases de transição na vida da pessoa, como a puberdade e a mudança de instituição, uma vez que estas encerram um conjunto de mudanças psicológicas, as quais requerem uma maior necessidade de ajustamento psicossocial e, frequentemente, despoletam comportamentos desafiantes.

Se repararmos, o Frederico está na adolescência e num processo de adaptação a uma nova instituição, o que poderá ser potenciador de comportamentos desafiantes, segundo o autor supracitado. O Frederico estava a inteirar-se de uma nova dinâmica, a conhecer outros técnicos e colegas, estando perante um conjunto de mudanças na sua vida.

A metodologia utilizada para lidar com os comportamentos desajustados do Frederico segue algumas linhas orientadoras do Gentle Teaching (McGee et al, 2008). Seguindo este modelo a prevenção dos comportamentos desajustados será a primeira estratégia a assumir. De entre as formas de prevenção, os autores referem a deteção de sinais fisiológicos e comportamentais precursores, gestão do ambiente e comunicação precisa. A comunicação verbal e não verbal clara e exata é essencial, já que o excesso de orientações produz confusão. Deste modo, procurou-se um cuidado no conteúdo da informação veiculada, selecionando-se a informação pertinente e evitando qualquer tipo de ambiguidades. Evitou-se ironias e sarcasmos e procurou-se ter atenção ao humor, uma vez que este não era bem compreendido pelo Frederico, sugerindo o oposto do que se pretendia transmitir (McGee et al, 2008).

Os comportamentos desajustados mais frequentes do Frederico, durante as sessões individuais, incluíam cuspir, vocalizações inapropriadas, comportamentos autoestimulativos e, normalmente apenas ameaças de agressão, sendo que a agressão ocorreu uma vez. No entanto, o Frederico adotou um conjunto de comportamentos agressivos ao longo do período de estágio, dirigidos a alunos e técnicos, sentindo-se algum receio que estes ocorressem nas intervenções individuais.

Para os autores do Gentle Teaching, deve ser minimizada a atenção negativa para o comportamento desajustado, optando-se por estratégias de ignorar, interromper e redirecionar para as interações, de forma subtil e, preferencialmente, não verbal. Vejamos cada um dos comportamentos desajustados e as estratégias preconizadas pelos autores.

Segundo McGee e colaboradores (2008), em caso de agressão, a pessoa deverá proteger-se, de forma mais discreta possível, redirecionando o aluno para a tarefa, através de pistas gestuais ou orientação física. Deverá ser feita uma demonstração concreta dos objetivos institucionais, seguida de uma forte recompensa (presença humana). Posteriormente, centrar na prevenção através da identificação de sinais comportamentais e fisiológicos percussores, que antecedem a fúria e redirecionar de imediato a pessoa quando se observarem estes percussores. Quando o Frederico me puxou os cabelos, referi-lhe que estava a magoar-me, contudo, levou algum tempo até que soltasse a mão. Siegel (2008) observa que as pessoas com autismo apresentam dificuldades em compreender o que as suas próprias ações provocam nos outros, de modo que esta estratégia poderá ter sido ineficaz e daí em diante, investiu-se o máximo possível na prevenção.

Em termos da autoestimulação, se esta não interferir com a aprendizagem, ignorar o comportamento. Se interferir, encontrar uma forma de o prevenir ou bloquear suavemente, sem reprimir a pessoa. Se a pessoa está a agitar as mãos ou os braços, usar tarefas que requeiram o uso de ambas as mãos. Se está a balançar-se, dispor o assento ou a posição da mesa de maneira a diminuir este movimento (McGee et al, 2008). O Frederico realizava estes movimentos de balancear durante as massagens e procurava-se minimizá-los através de uma massagem com maior pressão, sem sugestões verbais em relação aos mesmos.

Quanto às vocalizações inapropriadas os autores sugerem não dizer nada, nem olhar para a pessoa, redirecionando-a para a tarefa. Na altura apropriada, dirigir a pessoa para uma conversa, para que possa aprender formas de comunicação mais adequadas e com mais sentido (McGee et al, 2008). O Frederico verbalizava alguns palavrões repetidamente e a estratégia utilizada foi ignorar aquelas palavras, sem lhes dar importância nem valor.

Em relação ao cuspir, os autores alertam para o ignorar e reorientação para a tarefa, mantendo-se uma toalha próxima para limpar, mas sem frisar o comportamento. Nas sessões com o Frederico, optei por direcioná-lo para a casa de banho, explicando-lhe que percebia a sua necessidade de cuspir, mas que esta deveria ser feita no contexto apropriado. Em algumas sessões, chegámos a ir várias vezes seguidas à casa de banho e entretanto, o Frederico ia cuspiando no chão, o que era ignorado.

#### **4.10. Reflexão e Dificuldades/Limitações**

A intervenção com o Frederico foi pautada por dúvidas e incertezas em relação à forma mais correta de abordagem, as quais foram partilhadas também pela equipa técnica, que se desafiava no sentido de encontrar respostas e estratégias que contribuíssem para a sua integração. A sua ansiedade e instabilidade emocional constituíam uma preocupação e, em maio, estes aspetos agravaram-se, sendo que o Frederico esteve alguns dias ausente da instituição. A partir deste momento, terminou-se a intervenção com o Frederico para efeitos de estudo de caso, embora continuasse a estar com ele naquele horário. A avaliação final não foi realizada, devido à quebra de continuidade das sessões e, principalmente, devido ao seu estado emocional.

Os comportamentos desajustados constituíram uma barreira na sua plena integração na instituição e na interação com os colegas, que receavam as suas ações. Nas sessões de intervenção, estes comportamentos não foram tão preocupantes como no espaço exterior, mas quando saíamos do ginásio e entrávamos refeitório, estes surgiam

de imediato, provavelmente por se transitar para um contexto de maior ruído e movimento, com mais estímulos e confusão.

Ao longo do estágio, questionei-me várias vezes sobre a natureza da intervenção com o Frederico, sobre a necessidade de se trabalhar questões adaptativas e funcionais, sobre a insegurança em relação à ausência de um planeamento de intervenção preciso e concreto. Contudo, refletindo sobre todo o processo, considero que a intervenção foi muito rica em termos da interação, da comunicação, da descoberta, promovendo-se um espaço e uma presença securizantes e recompensadores. Sendo o objetivo fulcral a formação de vínculos, considero que este foi cumprido; contudo estes devem ser continuados, o que neste caso não foi possível, o que constitui uma limitação a posteriori, mas de grande impacto em termos pessoais.

## **6. Atividades Complementares**

Ao longo do estágio, participou-se em várias atividades dinamizadas na instituição e fora desta, as quais contribuíram para um maior entrosamento com a equipa técnica e com os alunos. A participação em atividades de natureza complementar, como os passeios, bailes e arraiais da Qe, saraus gímnicos, permitem inteirar outros aspetos da dinâmica institucional, tornando-se o estágio mais rico pela diversidade de experiências. De seguida, serão abordadas com mais detalhe as atividades complementares onde houve maior envolvimento da estagiária.

### **6.1. Colónias de Férias**

Nos períodos de férias são realizadas colónias na Qe e, no Natal de 2012, as estagiárias de Licenciatura e Mestrado planearam atividades a serem dinamizadas nesse âmbito, embora sem estar presentes nestas colónias. Reunimo-nos para engendrar um Peddy Paper, com tarefas específicas para cada atelier da Qe e relacionadas com esses espaços, seguindo-se um circuito que seria desvendado através de pistas.

Esta proposta de atividade foi encarada como uma forma de nos inteirmos de certos aspetos da dinâmica institucional e de sermos capazes de assumir responsabilidade nas iniciativas levadas a cabo pela instituição. A preparação das atividades para a colónia de férias coincidiu com um período de adaptação à instituição, onde ainda estavam a ser consolidadas as suas particularidades. Deste modo, esta proposta foi um exercício à capacidade de se organizar uma atividade adequada à logística da Qe e suscetível de ir ao encontro dos interesses dos alunos e expectativas da equipa técnica.

### **6.2. Portugal Gym**

Nos dias 8 e 10 de junho, a classe de trampolins e a classe feminina do “Projeto Ginástica Qe”, marcaram presença no Portugal Gym 2013, que teve lugar em Guimarães, sendo apresentadas ao público duas exposições de ginástica acrobática e rítmica. Durante as apresentações, a estagiária ficou responsável por demonstrar uma das coreografias, servindo de modelo às alunas, que reproduziam os seus movimentos. Para além disso, a estagiária forneceu a ajuda necessária nas questões da higiene pessoal, alimentação, transportes, entre outros aspetos emergentes das atividades da vida diária e comunitária.

A participação no Portugal Gym teve um forte impacto ao nível da realização pessoal e social dos alunos e técnicos envolvidos, permitindo estreitar relações, numa base de união e coesão. Foi interessante observar que alguns alunos demonstraram-se mais expansivos e interativos neste contexto, percecionando-se algumas diferenças relativamente ao que a estagiária observava na Qe.

A concretização deste projeto foi fruto do trabalho continuado e prestigiado do grupo de atletas e dos técnicos, bem como dos esforços de todos os profissionais envolvidos, que mobilizaram os recursos necessários ao apoio no transporte, estadia e refeições,

condições inerentes a todo o processo. Integrou-se, com esta atividade, a importância de se investir em iniciativas de envolvimento comunitário e de inclusão pelo desporto, ficando patente a valorização das potencialidades do grupo de atletas da Qe.

### **6.3. Intercentros**

Os Intercentros são uma iniciativa de dinâmica interinstitucional, onde há a comunicação e interação entre clientes e técnicos de diferentes instituições, através da prática de atividades motoras e recreativas. Durante o período de estágio, houve a participação em vários intercentros, promovidos por instituições do distrito de Lisboa, onde a estagiária desempenhava um papel de apoio aos alunos, que encontravam nos intercentros uma oportunidade de se relacionar com outras pessoas, conhecer outros espaços e experimentar atividades de realização pessoal e social.

No dia 21 de junho de 2013, os intercentros tiveram lugar na Qe, sendo antecidos por um longo período de planeamento do circuito de atividades, preparação e construção de materiais e resolução de questões logísticas, pensadas ao pormenor pelos técnicos responsáveis pelo processo. Os intercentros da Qe foram pautados pelo dinamismo das doze instituições envolvidas, num local privilegiado pelos espaços amplos e diversidade natural, sendo que a estagiária ficou responsável por receber estes grupos numa das estações do circuito, explicando os procedimentos e fornecendo o apoio necessário.

A atividade dos intercentros desenvolvida na Qe foi importante para perceber, ainda que de forma indireta, todo o conjunto de questões que é necessário equacionar e organizar para se desenvolver uma atividade desta natureza, estando evidente a importância de se ser dinâmico e proativo, enquanto técnico.

### **6.4. Mandalas Qe**

A atividade “Mandalas Qe” foi desenhada e dinamizada pelas estagiárias de Licenciatura e Mestrado que, em conjunto, procuraram responder à proposta de realização de uma atividade de final de estágio, na qual todos os alunos da Qe pudessem participar. Em mente, tínhamos a vontade de arquitetar uma atividade suscetível de gerar satisfação a todos os alunos e que encerrasse uma significação pessoal, corporal e vivencial.

A inspiração para a atividade surgiu de um projeto em continuidade na Qe, que envolve a experimentação do valor terapêutico da mandala, nomeadamente através da pintura de diferentes padrões, depois expostos na instituição. A mandala constitui, portanto, um conceito partilhado pelos alunos da Qe e o nosso intuito foi explorar as suas vertentes. Organizámos, neste sentido, “mandalas humanas”, onde a reprodução de posturas corporais em grupo desencadeava padrões baseados em mandalas, de forma harmoniosa e coesa, pretendendo-se promover sentimentos de aceitação e pertença e um estado geral de bem-estar. Pediu-se aos alunos que, nesse dia, trouxessem cores vivas e lisas e os padrões gerados foram registados fotograficamente, obtendo-se uma imagem global e unificadora, num jogo de cores e posturas. Para além das mandalas humanas, criámos uma “mandala de valores” em papel de cenário, dividindo uma circunferência em vários segmentos, cada um dedicado a um valor específico, onde a pessoa representava o significado atribuído ao mesmo.

Esta atividade foi realizada a 24 de junho de 2013, no final do estágio, assinalando o fim de uma etapa de grande integração de vivências e experiências, fazendo sentido ritualizar uma despedida através da transmissão de valores e sentimentos unificadores.

## CONCLUSÃO

O ramo de aprofundamento de competências profissionais é constituído pelo estágio profissionalizante e pelo relatório desse mesmo estágio, integrando-se a descrição e análise de toda a prática. Contudo, num relatório escrito, a palavra é o único veículo de transmissão de todo um processo observacional e vivencial e esta delimitação reclama a necessidade de uma escolha de palavras e conteúdos, com os quais se pretende espelhar todo um conjunto de experiências. A escrita é indissociável da ação e as vivências e processos empáticos estabelecidos na Qe induzem um estilo de escrita que encerra uma componente emocional. Contudo, o leitor não tem acesso a estas vivências, o que, por si só, incute um distanciamento. Senti, na elaboração do relatório, que muitos conteúdos ficaram por aprofundar e desenvolver, da forma como foram sentidos.

Num relatório, referimo-nos a estudos de “caso” e selecionámos a informação relevante para o efeito, ficando de parte um fluxo de interações, de grande impacto no crescimento pessoal. É interessante reparar, a posteriori, que no início do processo de estágio, interagi com todos os alunos, sendo-me recomendado não consultar os seus arquivos, onde estavam presentes as anamneses e outros dados sobre o indivíduo. Neste período, tinha curiosidade em conhecer os “casos”, os diagnósticos, as dificuldades, mas hoje, percebo o quão importante foi interagir com estas pessoas de forma não tendenciosa, conhecendo-as em primeiro lugar, de forma livre.

O processo de estágio permitiu um crescimento ao nível científico, pessoal e técnico, sendo que estes três aspetos estão, naturalmente, interligados. A fundamentação teórica sustenta a prática e, neste sentido, foi fundamental inteirar-me do Modelo do Gentle Teaching, adotado na instituição de estágio. Esta pedagogia orientou-me para as relações humanas, para o aqui e agora, atentando naquilo que a pessoa me transmite na interação e retribuindo com a minha autenticidade e disponibilidade emocional. Contudo, o Modelo do Gentle Teaching também me colocou desafios, sentindo por vezes a necessidade de ser mais assertiva na comunicação de um comportamento que me afetasse, ao invés de o ignorar. No fundo, este foi um modelo norteador, permitindo-me a liberdade de colocar nas interações aspetos da minha própria natureza.

Durante o estágio, deparei-me com problemáticas que suscitaram a minha atenção, nomeadamente a presença de sintomas psicopatológicos em alguns alunos, bem como a questão do envelhecimento na DID. Ambas as temáticas são complexas, pela confluência de especificidades e necessidades que, em conjunto, requerem um apoio integrado. O diagnóstico dual, em particular, ainda se encontra numa fase em que se procuram soluções integradas, que visam a provisão de um apoio especializado e promotor da qualidade de vida. Senti-me impreparada em relação a esta confluência de problemáticas, focando a minha intervenção para as questões da DID, embora com o reparo de que os alunos não apresentavam, precisamente, um diagnóstico de perturbação mental, mas sim traços psicopatológicos.

Do ponto de vista técnico, as intervenções grupais realizadas durante o estágio procuraram ir ao encontro da estimulação das capacidades psicomotoras dos alunos, traçando-se objetivos específicos neste sentido. Contudo, acredito que o investimento nos aspetos relacionais tenha sido promotor da motivação e interesse na aprendizagem, o que contribuiu para a melhoria dos resultados. Neste sentido, foi importante desenvolver-se a capacidade de se ser criativo enquanto técnico e sensível aos estados emocionais dos alunos, aos seus interesses e motivações, pois muitas destas questões acabam por não ser verbalizadas. Considerei fundamental que as sessões de intervenção constituíssem momentos apreciados pelos alunos e com atividades ajustadas à sua idade cronológica, o que por vezes foi difícil tendo em conta que muitos alunos parecem estar presos na infância, revelando preferências típicas desta fase.

Concluo que na Associação Qe encontrei um lugar extremamente promotor do meu crescimento, graças às orientadoras, à equipa técnica e a todos os alunos, que em conjunto tornaram o estágio muito gratificante.

#### A dificuldade

Isto é: quando exclamas num ponto da tua investigação:  
cheguei ao fim!, deverias exclamar cheguei ao início!  
(E não é por humildade ostensiva que o deves dizer,  
pelo contrário: é por um ego ostensivo.  
Cheguei a mim – é o que deverias exclamar –  
e como é difícil chegar a mim!)

Gonçalo M. Tavares (2006)

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aragón, M. B. Q. (2007). *Manual de Psicomotricidade*. Ediciones Pirámide: Madrid.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2014). Consultado na World Wide Web a 1 de março de 2014 em <http://www.appsicomotricidade.pt/>
- Associação Qe (2014.) Consultado na World Wide Web a 2 de fevereiro de 2014 em <http://www.quintaessencia.pt/>
- Aubert, E. & Albaret, J. M. (2001). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In J. M. Albaret & E. Aubert (Eds.). *Vieillesse et Psychomotricité* (Cap. 1, pp.15-43). Marseille: SOLAL éditeur.
- Barnhill, J., & McNelis, D. (2012). Overview of Intellectual/Developmental Disabilities. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 10 (3), 300-307.
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desvio e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha & P. P. Correia (Eds.). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp. 89-104). Lisboa: edições FMH.
- Berg, K. O., Maki, B. E., Williams, J.I., Holliday, P.J., & Wood-Dauphinee, S. L. (1992). Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 73, (11) 1073–1080.
- Bernier, R., & Gerdtts, J. (2010). *Autism Spectrum Disorders: A Reference Handbook*. ABC:CLIO Publishers, Santa Barbara, CA.
- Bigby, C., Balandim, S. (2006). Issues in Researching the Ageing of People with Intellectual Disability in: J. C. Harris (Ed). *Intellectual Disability: Understanding its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment*. New York: Oxford University Press.
- Bloom, O, & Morgan, J. (2006). *Deadly Diseases and Epidemics: Encephalitis*. United States of America: Chelsea House Publishers.
- Costello, H., & Bouras, N. (2006). Assessment of Mental Health Problems in People with Intellectual Disabilities. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 43 (4):241-51.
- Dosen, A. (2007). Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (1), 66-74.
- Emerson E. (1995). *Challenging behavior: Analysis and intervention in people with learning difficulties*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E., Kiernan, C. Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L., & Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 77–93.

- Evans, E., Howlett, S., Kremser, T., Simpson, J., Kayess, R., & Trollor, J. (2012). Service development for intellectual disability mental health: a human rights approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56 (11), 1098-1109.
- Felce, D., Kerr, M., & Hastings, R. P. (2009). A general practice-based study of the relationship between indicators of mental illness and challenging behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (3), 243-254.
- Folio, M. R., & Fewell, R. R. (2000). *Peabody Developmental Motor Scales: Examiner's Manual*. (2. ed). Austin, Texas: Pro-ED Inc.
- Fonseca, V. (2006). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos fatores psicomotores* (2ª ed.). Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*. 18 (17), 42-52.
- Frieswijk N., Buunk B. P., Steverink N. & Slaets J. P. J. (2004) The effect of social comparison information on the life satisfaction of frail older persons. *Psychology and Ageing* 19, 183–190.
- Geis, P. (2003). *Atividade Física e Saúde na Terceira Idade: Teoria e Prática*. 5ª ed. São Paulo: ARTMED.
- Gonçalves, A., Carvalho, A., Mota, C., Lobo, C., Correia, M. d., Monteiro, P., et al. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo. Normas orientadoras*. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Goodlin-Jones, B. L., & Solomon, M. (2003). Contributos da psicologia. In S. Ozonoff, S. K. Rogers, & Hendren, R. L. *Perturbações do Espectro do Autismo: Perspetivas da Investigação Actual*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hemmings, C. (2007). Challenging Behaviorus and Psychiatric Disorders. In N. Bouras, & G. Holt. (ed.) *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities* (2 ed) Melbourne: Cambridge University Press.
- Hendren, R. L. (2003). Contributos do psiquiatra. In S. Ozonoff, S. K. Rogers, & Hendren, R. L. *Perturbações do Espectro do Autismo: Perspetivas da Investigação Actual*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2012). Life events and their associations with depression and anxiety in older people with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. *Journal of Affective Disorders*, 138, 79–85.
- Hermans, H., Beekman, A. T. F., Evenhuis, H. M. (2013). Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services. *Journal of Affective Disorders*, 144, 94-100.
- Hulbert-Williams, L., Hastings, R., Owen, D. M., Burns, L., Day, J., Mulligan, J., & Noone, S. J. (2014) Exposure to life events as a risk factor for psychological problems in adults with intellectual disabilities: a longitudinal design. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58 (1), 48-60.

- Kanne, S., Gerber, A., Quirnbach, L., Sparrow, S., Cicchetti, D., & Saulnier, C. (2011). The Role of Adaptive Behavior in Autism Spectrum Disorders: Implications for Functional Outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1007-1018.
- Katz, G., & Lazcano-Ponce, E. (2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Pública de México*, 50 (2), 132-141.
- Lai, M-C., Lombardo, M.V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet*, 383, 896-910.
- Lai, M-C., Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2013). Subgrouping the Autism "Spectrum": Reflections on DSM-5. *PLOS Biology*, 11 (4), 1-7.
- Lehmann, B.A., Bos, A. E. R., Rijken, M., Cardol, M., Peters, G-J. Y., Kok, G., & Curfs, L. M. G. (2013). Ageing with an intellectual disability: the impact of personal resources on well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (2), 1068-1078.
- Levy, D. (2000). Psicomotricidade e gerontomotricidade na saúde pública. In C. A. M. Ferreira (Ed.). *Psicomotricidade: da educação infantil à gerontologia*. São Paulo: Lovise.
- Lindsay, P. (2011). *Care of the Adult with Intellectual Disability in Primary Care*. London. Radcliffe Publishing.
- Lord, C., & Jones, R. M. (2012) Annual research review: re-thinking the classification of autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (5), 490–509.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coutler, D. L., Craig, E. M., Reeve, A. (2002) *Mental Retardation : Definition, classification and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Luty, M. & Cooper, S. A. (2006). Psychiatric health and older people with intellectual disabilities. In A. Roy, M. Roy & D. Clarke (Eds). *The Psychiatry of Intellectual Disability*. Oxon: Radcliffe Publishing.
- Madera, M. R. (2005). A relação interpessoal na psicomotricidade em pessoas com demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47-55.
- Martins, R. (2001). *Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – as práticas entre o Instrumental e o Relacional*. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade*, Lisboa: Edições FMH, p. 29-40.
- Martins, R., Simões, C., & Brandão, T. (2012). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, 2º Ano*. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Mattila, M. L., Kielinen, M., Linna, S.L., Jussila, K., Ebeling, H., Bloigu, R., Joseph, R.M., & Moilanen, I. (2011) Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (6), 583-592.
- McGee, J. J., Menolascino, F. J., Hobbs, D. C., & Menousek, P. E. (2008). *Uma Pedagogia da interdependência – uma abordagem não-aversiva para ajudar pessoas com deficiência mental*. Viseu: Edição ASSOL.

Morais, A.; Fiúza, R.; Santos, S.; Lebre, P. (2012). *Tradução e Adaptação do Exame Gerontopsicomotor*. Manual de Aplicação Provisório.

Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A Mudança de Paradigma na concepção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, vol.14, pp. 51-55.

Morato, P. P., & Silva, A. S. (1999). A Deficiência e a Doença Mental: Um fenómeno humano dual. Contributos para a sua compreensão. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 6 (1), 57-70.

Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 364-372.

Moss, S. (1999). Assessment: conceptual issues. In N. Bouras (ed.) *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Myrbakk, E. & von Tetzchner, S. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 316–332.

Ozonoff, S., & Rogers, S. L. (2003). De Kanner ao milénio: avanços científicos que moldaram a prática clínica. In S. Ozonoff, S. K. Rogers, & Hendren, R. L. *Perturbações do Espectro do Autismo: Perspetivas da Investigação Actual*. Lisboa: Climepsi Editores.

Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H., & Ruoppila, I. (2000) Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44 (5), 591-599.

Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A psicomotricidade*, (9), 88-93.

Portes, V., Hagerman, R. J., & Hendren, R. L. (2003). Farmacoterapia. In S. Ozonoff, S. K. Rogers, & Hendren, R. L. *Perturbações do Espectro do Autismo: Perspetivas da Investigação Actual*. Lisboa: Climepsi Editores.

Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo* (Ed.). Porto: Porto Editora

Santos, S. & Santos, S. (2007). Comportamento Adaptativo e Qualidade de Vida nas Crianças com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 14, 57-67.

Shalock, R. L.; Luckasson, R. A.; Shogren, K. A.; Borthwick-Duffy, S.; Bradley, V.; Buntinx, W. H.; Coulter, D.L.; Craig, E.M; Gomez, S.C.; Lachapelle, Y.; Reeve, A.; Snell, M.E.; Spreat, S.; Tassé, M.J.; Thompson, J.R.; Verdugo, MA.; Wehmeyer, M.L. & Yeager, M.H. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the change to the term Intellectual Disability. *Intellectual developmental disabilities*, 45 (2), pp. 116-124.

Siegel, B. (2008). “O mundo da criança com autismo – compreender e tratar perturbações do espectro do autismo.”. Porto: Porto Editora.

Soares, F. M. P. (2005). O conceito de velhice: da gerontologia à psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8 (1), 86-95.

Szymanski, L. (1994). Mental retardation and mental health: concepts, aetiology and incidence. In N. Bouras (ed.) *Mental Health in Mental Retardation: Recent Advances and Practices*. Melbourne: Cambridge University Press.

Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. F., & Zhang, D. (2012). The Construct of Adaptive Behavior: Its Conceptualization, Measurement, and Use in the Field of Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, (4), 291-303.

Tavares, G. M. (2006). *Breves Notas sobre Ciência*. Lisboa: Relógio d'Água Editores.

Thiers, S. (1998) *Sociopsicomotricidade: uma leitura emocional, corporal e social* (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Thompson, J. R., Hughes, C., Schalock, R. L., Silverman, W., Tassé, M. J., Bryant, B., Craig, E. M., & Campbell, E. M. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental retardation*, 40 (5), 390-405.

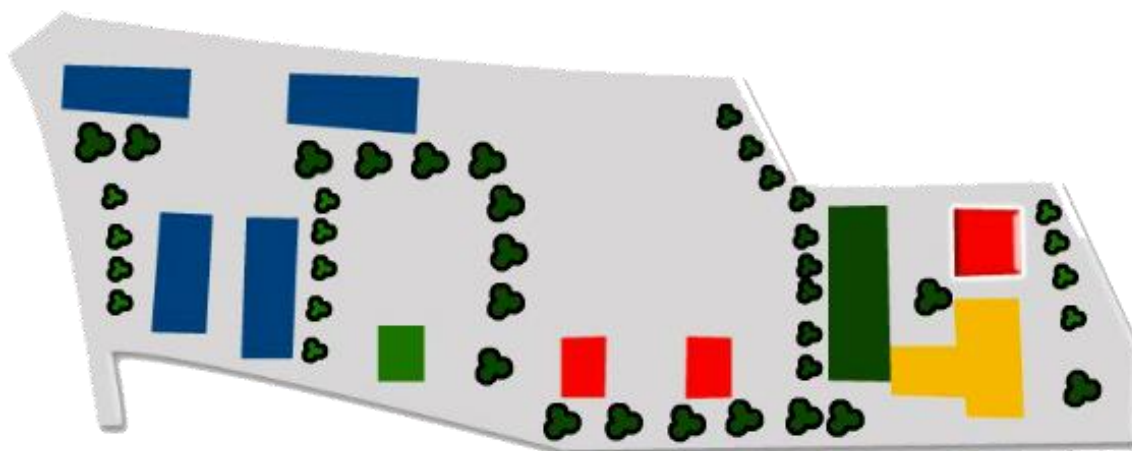
Underwood, L., McCarthy, J., Tsakanikos, E., Howlin, P., Bouras, N., & Craig, T. (2012). Health and Social Functioning of Adults With Intellectual Disability and Autism. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9 (2), 147-150.

VanderSchie-Bezyak, J. L. (2003). Service Problems and Solutions for Individuals with Mental Retardation and Mental Illness. *Journal of Rehabilitation*, 69 (1), 53-58.

WHO – World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (1ª ed.). Brasília: Organização Pan-Americana da saúde.

# **ANEXOS**

Anexo 1: Mapa da Associação QE (Associação Qe, 2014).



**Legenda:**

■ Polo Pedagógico

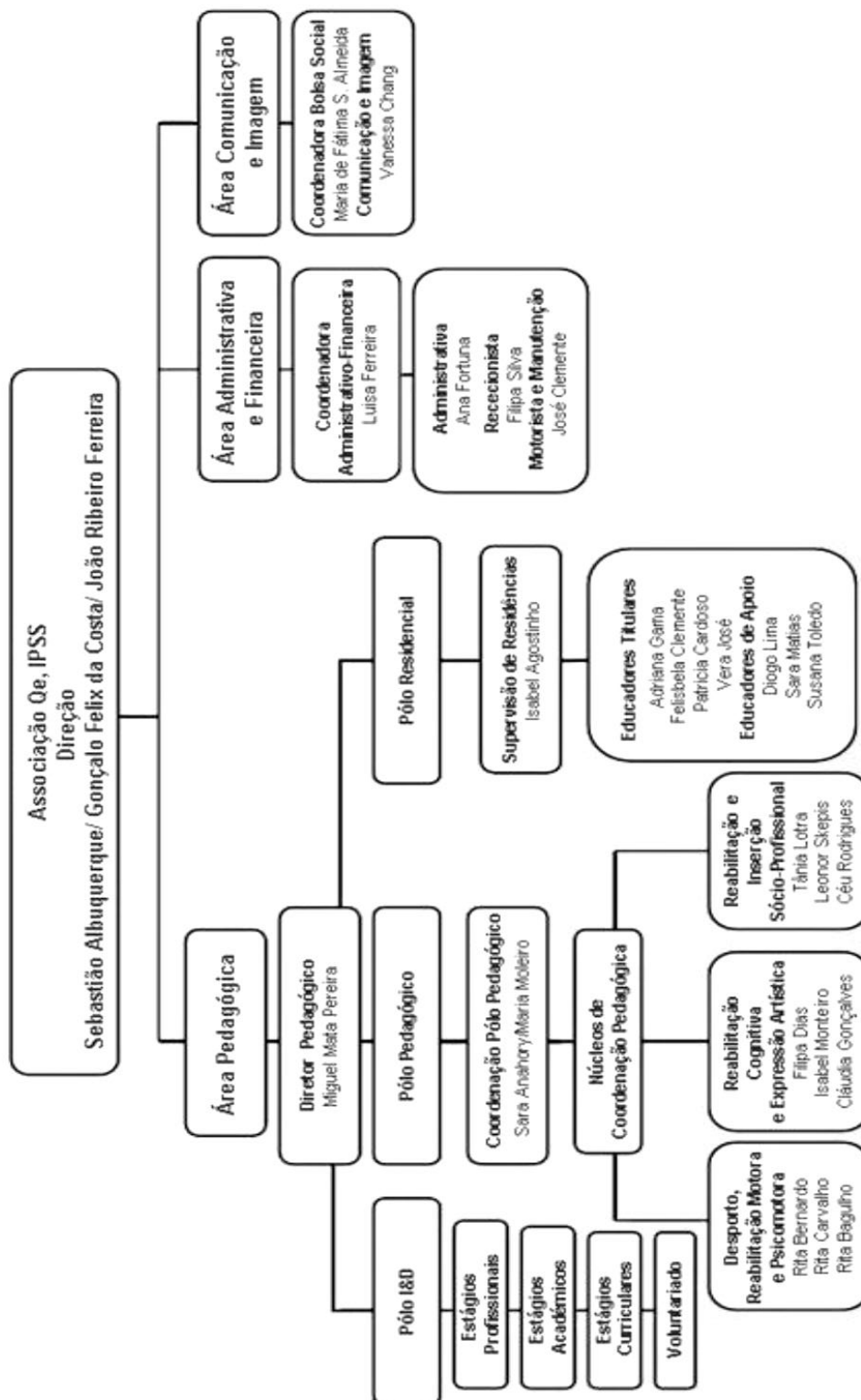
■ Polo Residencial

■ Quinta

■ Espaços Verdes

■ Espaço Formação; Refeitório; Área Administrativa e Financeira; Área de Comunicação e Imagem

Anexo 2: Organograma da Associação QE (Associação Qe, 2014).



## **ANEXO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DO GRUPO A**

### **Alexandre**

O Alexandre é um jovem de 29 anos, de raça negra, magro e de estatura média, com traços fenotípicos característicos da Trissomia 21, com que está diagnosticado. Apresenta normalmente um ar sério, com os lábios cerrados e sobressaídos, porém é uma pessoa bem-disposta e extrovertida, sobretudo quando interage em contextos públicos. A sua postura corporal é vertical e a sua forma de andar elegante e pausada.

O Alexandre é um jovem expressivo, que comunica os seus desejos e emoções essencialmente através de gestos e vocalizações, dadas as suas dificuldades na produção oral. Com frequência, emite vocalizações sem se dirigir a um interlocutor, mas com a entoação e gesticulação de quem está a contar uma história ou a reportar um acontecimento, por vezes num volume exagerado e com gargalhadas eufóricas.

No que concerne aos seus gostos pessoais, o Alexandre está muito ligado à música, ao ritmo e à dança, o que o torna inseparável do seu MP3 e respetivos auscultadores, onde ouve as suas músicas preferidas, movendo-se ao som das mesmas, por vezes com as coreografias próprias da canção.

Na Qe, adota comportamentos que seguem um padrão e, com alguma dificuldade, motiva-se para realizar atividades que se desviem dessa conduta. Aprecia estar num colchão, a remexer nas peças de um puzzle, sentado com o tronco completamente inclinado para a frente.

Em relação à sua história de vida, consultada nos arquivos da Qe, o Alexandre viveu com os pais e com dois irmãos mais velhos, sendo referida uma boa relação com estes e com o pai. Frequentou uma instituição dos 2 aos 20 anos, a qual veio a fechar, e o Alexandre passou a ficar em casa. Em novembro de 2007, o Alexandre é levado para o serviço de urgência de um hospital, por duas vezes, a primeira acompanhado pela mãe e a segunda pela irmã, com queixas de agressividade por parte do Alexandre, recusando ficar com ele e deixando-o no hospital. Em janeiro de 2008, integrou a Qe em regime de residência.

O Alexandre toma diariamente dois psicotrópicos: um neuroléptico, cuja substância ativa é a quetiapina, que pretende reduzir a sua agitação e agressividade, tendo como efeitos secundários sonolência e rigidez muscular; e um anticonvulsivo, que tem como substâncias ativas o valproato de sódio e o ácido valpróico, utilizados para a estabilização de humor. Em SOS, toma olanzapina, um neuroléptico administrado para os episódios psicóticos agudos, bem como um relaxante muscular, no sentido de atuar na rigidez muscular provocada pela quetiapina.

### **Eduardo**

O Eduardo é um jovem de 20 anos, de raça negra, magro e de estatura média/alta. A sua nacionalidade é desconhecida, mas notam-se influências da cultura cabo-verdiana nos seus gostos musicais e sentido de ritmo, bem como pela utilização de algumas palavras em crioulo.

O Eduardo apresenta uma expressão facial alegre e facilmente esboça um sorriso. A sua postura é vertical e a sua forma de andar pausada e elegante, tipicamente com as mãos nos bolsos das calças ou de um casaco.

O seu discurso é pautado por expressões de cortesia (e.g. “muito obrigada” e “parabéns”), ainda que nem sempre aplicadas de forma pertinente. Cumprimenta cordialmente as pessoas à sua chegada, com um aperto de mão e um sorriso rasgado, tecendo comentários agradáveis à pessoa (e.g. “está muito bonita!”).

Na Qe, é comum encontrá-lo com um marcador na mão, a imitar um microfone, para o qual reproduz frases dos seus programas televisivos preferidos (e.g. Praça da Alegria), imprimindo uma entoação teatral nas frases que reitera. O Eduardo expressa-se através

de um discurso repetitivo, com incoerências e dispersões, as quais são também fruto de um déficit na atenção.

Relativamente à sua história de vida, consultada nos registos da Associação Qe, esta foi marcada por um quadro familiar negligente e disfuncional, com historial de alcoolismo da mãe, inclusive durante a gravidez, a qual não foi vigiada. Viveu em condições precárias de habitação, higiene e alimentação, com falta de entendimento da família em relação às indicações médicas e terapêuticas prescritas, sendo sinalizado pela Comissão de Proteção de Menores aos 7 anos de idade. Um ano depois, foi diagnosticado com PEA, associada a “deficiência mental de grau severo”, esta última já diagnosticada anteriormente.

O Eduardo viveu com a mãe, a avó e o companheiro desta até aos 19 anos de idade, até integrar a Associação Qe em janeiro de 2011, em regime de residência. Desde que frequenta a Qe verificaram-se alguns comportamentos agressivos por parte do Eduardo (e.g. empurrar colegas, ameaçar com facas), bem como comportamentos desajustados no domínio da sexualidade (e.g. despir-se em público), sobretudo orientado para as monitoras, por quem desenvolvia obsessões.

No sentido de controlar os episódios de condutas agressivas, o Eduardo toma, em SOS, um neuroléptico cuja substância ativa é a olanzapina. No que se reporta à medicação diária, esta inclui o ácido valpróico de libertação imediata, utilizado para a estabilização do humor.

## **Samuel**

O Samuel é um rapaz de 20 anos, magro, de estatura média, com um aspeto franzino. Usa óculos com umas lentes grossas, que conferem uma imagem distorcida dos seus olhos. Apresenta um déficit visual muito acentuado e é comum posicionar a cabeça de forma a conseguir ver melhor, inclinando-a e olhando de soslaio.

O Samuel movimenta-se de forma descoordenada, numa marcha cambaleante e tipicamente com as mãos pendentes, ao nível do peito. Apresenta uma lentificação das respostas motoras, bem como dificuldade em refrear os movimentos.

De um modo geral, é um jovem bem-disposto e sorridente, que procura interagir com os colegas, embora com algumas dificuldades no processo de socialização. O Samuel não se expressa verbalmente e, por vezes, adota formas de abordagem consideradas invasivas e inoportunas pelos colegas. Com algum esforço, verbaliza palavras simples como “mãe” e “sim”, que pronuncia como “tim”, expressão que deu origem à sua alcunha “Tim”, utilizada com carinho.

O Samuel é motivado e ávido de aprendizagem, participando com entusiasmo nas atividades desenvolvidas na Qe, com destaque para aquelas que são realizadas no computador e no Espaço Movimento.

No que se reporta aos dados anamnésicos consultados nos arquivos da Qe, o Samuel nasceu com hidrocefalia e, com apenas 1 mês e meio de vida, foi submetido a uma cirurgia para introduzir uma válvula para drenar o líquido cefalorraquidiano. Até aos 6 anos de idade, foram frequentes as intervenções cirúrgicas, devido aos problemas de audição e visão, que foram melhorando progressivamente. Aos 8 anos de idade, teve de ser substituída a válvula introduzida, que se partiu por razão desconhecida, sendo necessário um cuidado adicional (e.g. evitar quedas e movimentos bruscos).

O Samuel tem diagnóstico de Hidrocefalia, Dandy Walker e Epilepsia, condições que dificultaram o seu desenvolvimento na infância e, na vida adulta, a sua autonomia. Os pais, com quem vive, sempre tiveram uma participação ativa no seu desenvolvimento, sendo persistentes na procura de informações e soluções.

A sua integração na Qe teve início a março de 2010, frequentando o regime de atelier. Importa ainda referir que toma medicação para a epilepsia, um comprimido cuja substância ativa é a carbamazepina (antiepilético e anticonvulsante) e, em SOS, toma benzodiazepina, com ação ansiolítica e anticonvulsante.

## **Guilherme**

O Guilherme é um jovem de 23 anos, baixo e magro, com uma postura que transparece virilidade, expressa na projeção dos ombros para trás, a fazer sobressair o peito, com os braços ligeiramente afastados do tronco. Aprecia e sente-se mais motivado a realizar atividades tipicamente associadas ao género masculino e frequentemente tece o comentário “é homem”, apontando para si.

O Guilherme é um rapaz bem-disposto, de sorriso fácil, com um sentido de humor aguçado. Gosta de provocar os outros, mas de uma forma saudável, em jeito de brincadeira. No entanto, em determinadas fases, revela apatia e uma expressão facial fixa, tendendo ao isolamento nessas situações. Esses períodos são passageiros e pontuais e, por vezes, acompanhados por episódios de agressividade ou outros comportamentos desajustados (e.g. urinar em público), sendo que não está submetido a tratamento psicofarmacológico.

Na Qe é comum encontrá-lo na receção, de pé, encostado a uma parede, com as mãos nos bolsos, a observar o envolvimento. É muito observador e repara quando alguém traz uma peça de roupa diferente, comentando “A nina tá nova!”. É também muito perspicaz em relação aos estados emocionais dos outros, perguntando “Que passa nina?” ou afirmando “A nina não ‘tá boa”, numa linguagem imatura, com dificuldades na produção oral.

Aos 9 meses de idade, foi diagnosticado com Trissomia 8 e o seu desenvolvimento foi estimulado através de atividades e terapias diversificadas. Do ponto de vista educativo, integrou o ensino regular, com acompanhamento de um professor de apoio privado, embora não tenha adquirido competências de leitura, escrita ou cálculo. Viveu na Polónia durante 3 anos com a família, onde integrou uma escola inglesa nesse país, apresentando facilidade na adaptação a diferentes contextos.

O Guilherme integrou a Associação Qe a janeiro de 2006, fazendo parte do grupo dos primeiros alunos a frequentar esta instituição. É um aluno não residente, habita com os pais e os dois irmãos.

## Anexo 4 – Instrumento de Avaliação do Grupo B

DOMÍNIO	ITENS	CRITÉRIOS DE ÊXITO
1. EQUILÍBRIO	<b>1.1. Equilíbrio Estático Bipodal</b> Permanecer em pé, com os pés juntos, durante 30". Realizar o exercício com os olhos abertos e com as mãos na cintura. <i>* Adaptado da Bateria Psicomotora</i>	1. Não se posiciona com os pés juntos
		2. Mantém-se com os pés juntos durante 30" ou menos, com acentuadas oscilações corporais e reequilibrações abruptas
		3. Mantém-se com os pés juntos durante 30", com ligeiras oscilações e reajustamentos posturais
		4. Mantém-se com os pés juntos durante 30", revelando controlo postural perfeito e segurança gravitacional
	<b>1.2. Equilíbrio Estático Unipodal</b> Permanecer em apoio unipodal, com a perna não dominante dobrada pelo joelho para trás, durante 5". Manter os olhos abertos e as mãos na cintura. <i>* Adaptado da Bateria Psicomotora</i>	1. Não levanta a perna para se colocar em apoio unipodal
		2. Tenta manter-se em apoio unipodal, mas revela acentuadas oscilações corporais e reequilibrações abruptas
		3. Mantém-se em apoio unipodal durante 5", com ligeiras oscilações corporais e reajustamentos posturais
		4. Mantém-se em apoio unipodal durante 5", com controlo postural perfeito e segurança gravitacional
	<b>1.3. Equilíbrio Dinâmico: Marcha Controlada</b> Andar ao longo de uma linha de 3 m, com 15 cm de largura, encostando a ponta de um pé ao calcanhar do outro. Manter as mãos na cintura. <i>* Adaptado da Bateria Psicomotora</i>	1. Não anda em cima da linha
		2. Percorre a linha com reequilibrações abruptas, pausas e desvios muito frequentes. Ou não realiza o percurso pé ante pé.
		3. Percorre a linha, normalmente pé ante pé, com oscilações corporais, reajustamentos posturais ligeiros e desvios pouco frequentes.
		4. Percorre a linha pé ante pé, com controlo postural perfeito e segurança gravitacional
	<b>1.4. Equilíbrio Dinâmico: Girar 360°</b> Girar 360°, em torno de si mesmo. <i>* Adaptado da Escala de Equilíbrio de Berg</i>	1. Necessita de ajuda física para girar – revela elevada insegurança gravitacional
		2. Necessita de ajuda verbal ou supervisão próxima para girar – revela ligeira insegurança gravitacional
		3. Gira 360° em segurança, durante mais de 4"
4. Gira 360° em segurança, durante 4" ou menos		
<b>1.5. Equilíbrio Dinâmico: Marcha acelerada e Corrida</b> Realizar a marcha acelerada num percurso com um total de 10m, 5m de ida e 5m de volta. Realizar o mesmo percurso com corrida. <i>* Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i>	1. Não realiza passos acelerados ou em modo de corrida	
	2. Realiza a marcha acelerada e/ou a corrida com perdas de equilíbrio e paragens	
	3. Realiza a marcha acelerada e a corrida, com passadas mais curtas, mas controlo adequado	
	4. Realiza a marcha acelerada e a corrida, com controlo dinâmico e rítmico	
2. NOÇÃO DO CORPO	<b>2.1. Sentido Cinestésico</b> Apontar no seu próprio corpo, sob designação verbal do técnico, as seguintes partes do corpo: costas, mão, joelho, perna, cotovelo, pescoço, palma da mão, polegar barriga, calcanhar.	1. Aponta 2 ou menos partes do corpo
		2. Aponta 3 a 5 partes do corpo
		3. Aponta 6 a 8 partes do corpo

	* <i>Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i>	3. Aponta 6 a 8 partes do corpo
		4. Aponta 9 a 10 partes do corpo
	<b>2.2. Imitação de posições</b> O técnico mantém-se numa determinada posição durante 5" e, ao sinal deste (1,2,3), o avaliado deve imitar a posição visualizada, mantendo-se o modelo. Posições: 1) sentado, com as mãos em tenda; 2) sentado, com os pés no chão, calcanhares juntos e as ponta dos pés para fora; 3) um braço na vertical, o outro braço na horizontal, punhos cerrados. * <i>Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i>	1. Não reproduz as posições
		2. Reproduz pelo menos 2 posições, embora c/ distorções de forma e angularidade (imitação distorcida)
		3. Reproduz as posições com ligeiras distorções de forma e angularidade (imitação aproximada) e pelo menos 1 precisa.
		4. Reproduz corretamente as posições ou no máximo 1 posição aproximada. Nenhuma distorcida.
<b>3. ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL</b>	<b>3.1. Sequência de Eventos</b> Apresentar 4 cartões que, ordenados, representam uma sequência de eventos. Pedir para ordenar os cartões na sequência correta. Explicar previamente o que está representado em cada um dos cartões * <i>Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i>	1. Não ordena os cartões na posição correta
		2. Ordena os cartões na posição correta, com elevada ajuda física e verbal
		3. Ordena todos os cartões na posição correta, com ajuda verbal mínima
		4. Ordena todos os cartões na posição correta, de forma independente
	<b>3.2. Contextualização temporal</b> Perguntar: "Qual a data de hoje?". Dividir a pergunta por partes, se necessário – "que dia é hoje?", "em que mês estamos?"... * <i>Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i>	1. Não sabe a data
		2. Sabe o dia da semana e o mês ou o ano
		3. Sabe o dia da semana, o mês e o ano
		4. Sabe o dia, o mês, o ano e o dia da semana
	<b>3.3. Orientações Espaciais Relativas</b> Posicionar objetos de acordo com as orientações espaciais referidas pelo técnico (cima/baixo; dentro/fora; à frente/atrás; esquerda/direita) * Proposto pela estagiária	1. Cumpre 2 ou menos referências espaciais
2. Cumpre 3 a 4 referências espaciais		
3. Cumpre 5 a 6 referências espaciais		
4. Cumpre 7 a 8 referências espaciais		
<b>4. PRAXIA FINA</b>	<b>4.1. Abotoar</b> Sentado, abotoar 4 botões com cerca de 1,5 cm de diâmetro, durante 20". Instrução: "Abotoa estes botões o mais rápido que conseguires" * <i>Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i>	1. Não desabotoa
		2. Abotoa 1 ou 2 botões em 20"
		3. Abotoa 3 botões em 20"
		4. Abotoa 4 botões em 20"
	<b>4.2. Desabotoar</b>	1. Tenta desabotoar

	<p>Sentado, desabotoar 4 botões com cerca de 1,5 cm de diâmetro, durante 20". Instrução: "Desabotoa estes botões o mais rápido que conseguires". * <i>Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i></p>	2. Desabotoa 1 ou 2 botões em 20"
		3. Desabotoa 3 botões em 20"
		4. Desabotoa 4 botões em 20"
		<p><b>4.3. Oponência do Polegar</b> Colocar uma moeda de 1 euro em cima da mesa. Pedir para agarrar a moeda, com dois dedos e demonstrar. Perguntar de que objeto se trata. * <i>Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i></p>
	2. Não realiza a preensão em pinça perfeita	
	3. Arrasta a moeda e depois realiza a preensão em pinça perfeita	
	4. Efetua a preensão em pinça perfeita (polegar e indicador)	
	<p><b>4.4. Enfiar Contas</b> Enfiar o máximo de contas possível dentro do fio, durante 20". Com demonstração. Nó no fim do fio. * <i>Adaptado da Peabody Developmental Motor Scales</i></p>	1. Tenta enfiar
		2. Enfia 1 conta
		3. Enfia 2-3 contas
		4. Enfia 4 ou mais contas
	<p><b>4.5. Colorir dentro de linhas</b> Pintar, com um marcador, toda a área de quadrado de 8x8cm. Para a cotação, considerar apenas os desvios fora da linha superiores a 2 mm. * <i>Adaptado da Peabody Developmental Motor Scales</i></p>	1. Não pinta dentro do quadrado ou revela um controlo imperfeito e desadequado, com desvios exagerados e muito frequentes
		2. Tenta pintar dentro do quadrado, mas com dificuldades no controlo e movimentos imprecisos, ultrapassando a linha com frequência e/ou com desvios moderados
		3. Pinta dentro do quadrado com controlo adequado, ultrapassando ligeiramente os limites
		4. Pinta dentro do quadrado, com controlo preciso, não ultrapassando os limites
	<p><b>4.6. Recortar com uma tesoura</b> Recortar um quadrado com 8x8 cm com a tesoura * <i>Adaptado da Peabody Developmental Motor Scales</i></p>	1. Não utiliza a tesoura para recortar
		2. Recorta o quadrado com uma margem de erro superior a 6 mm
		3. Recorta o quadrado com uma margem de erro de 3-6 mm
		4. Recorta o quadrado com uma margem de erro inferior a 3 mm
	<b>5. PERCEÇÃO</b>	<p><b>5.1. Perceção Auditiva – Cantiga conhecida</b> O técnico canta uma música conhecida e pede ao avaliado que o acompanhe. O avaliado deve reproduzir a melodia, independentemente da letra. * <i>Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i></p>
2. Tenta reproduzir a melodia, mas de forma pouco audível ou balbuciada. Ou elevado tempo de latência entre a melodia proposta pelo examinador e a prestação do avaliado		
3. Reproduz a melodia com ligeiras falhas na melodia ou ligeiramente balbuciada. Reduzido tempo de latência entre a melodia proposta pelo examinador e a prestação do avaliado		
4. Reproduz a melodia correta e imediatamente		
<p><b>5.2. Perceção Visual - Identificação de Imagens</b> Apresentar 3 cartões com 3 imagens diferentes: gato, uvas e paisagem montanhosa. Pedir para indicar o que está representado na figura. Fornecer pistas verbais, se necessário * <i>Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i></p>		1. Não identifica as imagens
		2. Identifica pelo menos uma imagem, de forma independente
		3. Identifica pelo menos duas imagens, de forma independente
		4. Identifica as 3 imagens, de forma independente

	<p><b>5.3. Percepção Tátil - Estereognosia</b> Colocar num saco opaco um objeto de cada vez: colher, chave e moeda. Pedir reconhecer pelo tato cada um dos objetos. <i>* Inspirado no Exame Gerontopsicomotor</i></p>	<p>1. Não identifica nenhum objeto</p> <p>2. Identifica 1 objeto</p> <p>3. Identifica 2 objetos</p> <p>4. Identifica todos os objetos</p>
6. MEMÓRIA	<p><b>6.1. Memória Verbal – Evocação Imediata</b> O técnico verbaliza uma série de três palavras “pinheiro, copo, pêssago”, uma a cada 2”. O avaliado deve reproduzir a série de palavras, ao sinal do técnico (2” depois). Se necessário, dar pistas: “árvore, objeto para beber, fruto” <i>* Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i></p>	<p>1. Não recorda as palavras ou recorda apenas 1 palavra, com pistas.</p> <p>2. Recorda 2-3 palavras com pistas</p> <p>3. Recorda 2 palavras espontaneamente</p> <p>4. Recorda as 3 palavras espontaneamente</p>
	<p><b>6.2. Memória Visual</b> Selecionar, numa lista de 9 cartões com imagens, quais as que foram anteriormente apresentadas (gato, uvas, paisagem montanhosa) * Lista: gato I, gato II, paisagem montanhosa I, paisagem montanhosa II, uvas I, uvas II, cão, rio, cerejas. <i>* Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i></p>	<p>1. Não reconhece as imagens</p> <p>2. Reconhece 1 imagem</p> <p>3. Reconhece 2 imagens</p> <p>4. Reconhece as 3 imagens</p>
	<p><b>6.3. Memória Percetiva – Posição Corporal</b> Reproduzir as posições realizadas anteriormente. Fornecer pistas se necessário, mas apenas pistas verbais (e.g. “era uma posição com as mãos”). <i>* Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i></p>	<p>1. Não reproduz as posições</p> <p>2. Reproduz 1 posição</p> <p>3. Reproduz 2 posições</p> <p>4. Reproduz as 3 posições</p>
	<p><b>6.4. Memória Episódica</b> Pedir ao avaliado para indicar a sua data de nascimento. Dividir a pergunta por partes, se necessário – “em que dia fazes anos?”, “em que mês fazes anos?”, “em que ano nasceste?” <i>* Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i></p>	<p>1. Não recorda o dia, o mês ou o ano</p> <p>2. Recorda o dia ou o mês ou o ano</p> <p>3. Recorda o dia e o mês ou o mês e o ano</p> <p>4. Recorda o dia, o mês e o ano</p>
7. ATENÇÃO	<p><b>7.1. Atenção/Vigilância</b> Colocar um cubo em cima da mesa e dar instrução para agarrá-lo ao no número 5. Realizar pausadamente a contagem: 1,2,3,4,5,6... Repetir o exercício. <i>* Adaptado do Exame Gerontopsicomotor</i></p>	<p>1. Não agarra o cubo</p> <p>2. Agarra o cubo antes ou depois do sinal 5, na primeira e segunda tentativas</p> <p>3. Agarra o cubo ao sinal 5, numa segunda tentativa</p> <p>4. Agarra o cubo ao sinal 5</p>

ANEXO 5 - PLANO DE SESSÃO				Grupo B	
Data: 08/05/2013	🕒 Hora: 09h00 – 10h20	Local: Espaço Movimento	Sessão nº: 13	Estagiária: Marta Lima Santos Orientadora: Rita Bernardo	
Objetivos Gerais: Estruturação Temporal; Equilíbrio					
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	MATERIAL		
<p><b>Duraçã</b> o</p> <p><b>“Quem? O quê? Onde? Quando?”</b> Ritual de início de sessão, onde um aluno diferente realiza cada uma destas tarefas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>“Quem?”</b>: O 1º aluno deve selecionar os cartões com as fotografias dos elementos do grupo presentes na sessão, bem como o cartão com a fotografia do técnico, colocando-os no quadro respetivo;</li> <li>▪ <b>“O quê?”</b>: O 2º aluno deve colocar no quadro o cartão com a tipologia da sessão, “Psicomotricidade”;</li> <li>▪ <b>“Onde?”</b>: O 3º aluno deve colocar no quadro o cartão com a fotografia do local onde decorre a sessão, “Espaço Movimento”;</li> <li>▪ <b>“Quando?”</b>: O 4º aluno deve contextualizar a sessão no tempo, indicando o dia da semana, a data (dia/mês/ano) e o período do dia (manhã).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inculpir rotinas</li> <li>▪ Identificar os elementos do grupo</li> <li>▪ Identificar a tipologia da sessão</li> <li>▪ Promover a contextualização no espaço</li> <li>▪ Promover a contextualização no tempo</li> <li>▪ Incentivar o grupo a ajudar os colegas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instrução verbal</li> <li>▪ Fornecer <i>feedbacks</i></li> <li>▪ Privilegiar o reforço positivo</li> <li>▪ Segmentar a tarefa, para melhor compreensão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cartões c/ as fotografias dos alunos</li> <li>▪ Cartão c/ as fotografias dos técnicos</li> <li>▪ Cartões c/ representações dos tipos de sessão</li> <li>▪ Quadro para colocar os cartões</li> <li>▪ Quadro branco</li> <li>▪ Marcador</li> </ul>		
20'	<p><b>1ª Atividade: “Circuito”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os alunos realizam, um de cada vez, um circuito composto por estações de equilíbrio dinâmico e de equilíbrio estático, alternadamente:</li> <li>1ª Contornar cones</li> <li>2ª Equilíbrio estático bipodal;</li> <li>3ª Andar em cima do banco sueco;</li> <li>4ª Equilíbrio estático unipodal;</li> <li>5ª Marcha controlada seguindo pegadas;</li> <li>6ª Equilíbrio estático unipodal (avião);</li> <li>▪ Repetir o circuito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melhorar o equilíbrio estático (unipodal e bipodal)</li> <li>▪ Melhorar o equilíbrio dinâmico</li> <li>▪ Aperfeiçoar a marcha controlada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instrução verbal</li> <li>▪ Demonstração</li> <li>▪ Fornecer apoio, partindo da menor intensidade</li> <li>▪ Fornecer <i>feedbacks</i></li> <li>▪ Privilegiar o reforço positivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banco sueco</li> <li>▪ 6 cones</li> <li>▪ 12 pegadas</li> </ul>	
20'	<p><b>2ª Atividade: “Sequência de imagens”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O técnico fornece aos alunos cartões, os quais devem ser colocados na ordem correta. Estes cartões representam sequências de acontecimentos, sendo elas: pentear o cabelo, lavar os dentes, beber água e utilizar a casa de banho;</li> <li>▪ As sequências são apresentadas uma de cada vez e cada aluno deve ordenar as 4 sequências;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melhorar a estruturação temporal:</li> <li>-Sequenciar acontecimentos do dia-a-dia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instrução verbal</li> <li>▪ Demonstração</li> <li>▪ Fornecer apoio, partindo da menor intensidade</li> <li>▪ Fornecer <i>feedbacks</i></li> <li>▪ Privilegiar o reforço positivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cartões com sequências de acontecimentos</li> </ul>	
20'	<p><b>Retorno à calma: “Relaxamento do rosto, mãos e pés”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover o retorno à calma</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 bolas de ténis</li> </ul>	

	<p><b>Relaxamento do rosto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪Apalpar as pálpebras, mexendo nos cílios;</li> <li>▪Com o polegar e indicador, beliscar suavemente toda a borda da mandíbula, começando abaixo da orelha e terminando no queixo;</li> <li>▪Dilatar a cavidade bucofaringea (produzir som “ah”);</li> <li>▪Contrair e relaxar a mandíbula;</li> <li>▪Bater os dentes;</li> <li>▪Deslocar a mandíbula para um lado e para o outro;</li> <li>▪Deslocar a mandíbula para a frente e para trás;</li> <li>▪Com as pontas dos dedos, desenhar círculos por todo o rosto;</li> <li>▪Apoiar as pontas dos dedos nas têmporas e realizar movimentos circulares;</li> </ul> <p><b>Relaxamento das mãos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪Entrelaçar os dedos e realizar movimentos ondulatórios com os punhos.</li> <li>▪Abrir e fechar os dedos das mãos;</li> <li>▪Começando pelos dedos mindinhos, apertar a ponta de um dedo contra o outro;</li> <li>▪Massajar uma mão com a outra, desde o punho até aos dedos;</li> <li>▪Massajar cada dedo separadamente;</li> <li>▪Massajar a palma de uma mão com o punho fechado da outra mão e depois trocar;</li> <li>▪Entrelaçar os dedos e realizar movimentos ondulatórios com os punhos.</li> </ul> <p><b>Relaxamento dos pés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪Descalços, rolar uma bola de ténis com a planta do pé, procurando abranger toda a superfície do pé. Realizar a massagem nos dois pés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Melhorar a consciencialização do corpo</li> </ul>		
--	---	---	--	--