



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A intervenção psicomotora na Associação para o Desenvolvimento da Criança, Integração e a Solidariedade - Nuclisol Jean Piaget de Vila Real

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora, pela Faculdade de
Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Orientador: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Adriana Manuela Pereira Júnior

2017

Agradecimentos

À unidade de Vila Real da Nuclisol Jean Piaget e a todos os seus colaboradores, pelo acolhimento, alegria, disponibilidade, simpatia e carinho com que fui recebida.

A todos os jovens com DID e todas as crianças da instituição, com quem tive o privilégio de trabalhar, pelos ensinamentos a nível pessoal e profissional.

À orientadora académica, Professora Doutora Sofia Santos, por todos os ensinamentos e orientações nos inúmeros emails ao longo do período de estágio e até à finalização deste relatório, pelo carinho, atenção e disponibilidade. Mesmo estando longe a sua orientação foi preciosa e eficaz em vários momentos do estágio.

À orientadora local, Professora Doutora Carla Afonso pela transmissão de conhecimentos, feedbacks, confiança, estimulação das minhas capacidades, pelos momentos de partilha, discussão e reflexão, pelos valores profissionais e humanos, pela motivação, empenho, organização e sentido de inovação, assim como, pelo incansável acompanhamento e pela excelente orientação que me proporcionou.

À minha família, pela transmissão de valores, pela confiança ao longo do meu percurso de vida, pela inúmera paciência e carinho e por todas as condições que me proporcionaram para a continuidade dos estudos.

A todos os meus amigos pela paciência, carinho e ajudas constantes.

Ao Gardénia por se tornar um local onde a inspiração surgia para a redação do relatório.

À Mariela por todas as vivências académicas durante a licenciatura e mestrado, por todo o carinho, ensinamento e apoio constantes. E à Maria por todos os nossos momentos e por me ajudar a ser uma pessoa melhor. Aos nossos anos de licenciatura e de amizades que permanecem sempre.

À Maria, ao João e à Xana pela inúmera paciência, por estarem sempre presentes nos bons e maus momentos, por terem sempre uma palavra de carinho e encorajamento para transmitirem e por todos os momentos de distração preciosos para manter a minha saúde mental. E por fim, mas sem dúvida das mais importantes à Tina, por ser um exemplo a seguir, uma inspiração. Pelo apoio e incentivo na superação e construção de mim mesma, e na procura constante de ser sempre mais e melhor. Por ser a minha psicóloga pessoal e por me ajudar sempre em tudo e mais alguma coisa, sem ela, este percurso não seria a mesma coisa e a redação do relatório teria sido ainda mais complicada.

Resumo:

Este relatório retrata a experiência de estágio curricular decorrido na Unidade de Vila Real da Instituição Nuclisol Jean Piaget – Associação para o Desenvolvimento da Criança, a Integração e a Solidariedade, no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa. O estágio teve a duração de 10 meses, no qual a estagiária realizou intervenção psicomotora com diferentes grupos-alvo, tendo dedicado maior período de tempo ao grupo de menor autonomia integrado no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), em contexto de sala e meio aquático. A avaliação dos clientes foi efetuada através da Escala de Comportamento Adaptativo - versão Portuguesa (ECAP) e da Escala de Intensidade de Apoios (EIA) (ambas para o grupo CAO), e da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (crianças do 1º ciclo). Inicialmente, caracteriza-se a instituição, a população-alvo (diagnósticos) e a avaliação/intervenção psicomotora em contexto de instituição. Posteriormente, aborda-se toda a logística inerente ao estágio assim como a conduta da estagiária face a todos os grupos-alvo. Por fim, descreve-se o estudo de caso e apresenta-se uma conclusão/reflexão pessoal acerca de toda a experiência de estágio. Este relatório contém, ainda, um projeto de investigação intitulado “Música na Intervenção Psicomotora com Pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: contributo para o Comportamento Adaptativo”, com o objetivo de verificar se existem diferenças e alterações significativas no comportamento adaptativo de indivíduos com DID, antes e depois de um programa psicomotor com recurso à música e seus componentes.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora; Comportamento Adaptativo; Apoios; Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID); Centro de Atividades Ocupacionais (CAO); Nuclisol Jean Piaget.

Abstract:

This report describes the experience of curricular Internship at the Unidade de Vila Real of Nuclisol Jean Piaget' institution – Associação para o Desenvolvimento da Criança, a Integração e a Solidariedade, within Master Degree in Psychomotor Rehabilitation of the Faculdade de Motricidade Humana of Universidade de Lisboa. The internship lasted 10 months, in which the trainee implemented a psychomotor intervention with different target groups, being responsible for the more dependent group integrated in the Occupational Activities Center for (OAC), in room and aquatic environment. The clients evaluation was carried out through the Portuguese version Adaptive Behavior Scale (PABS) and the Intensity Support Scale (SIS) (both for the OAC group), and Psychomotor Battery (for children). Initially, institution and target population' diagnosis, as well the psychomotor evaluation/intervention in an institution are described; later, all the logistics inherent to the internship are discussed, as well as the trainee's behavior towards all the target groups; finally, the case study is described and a conclusion/personal reflection about the internship experience is presented. This report also contains a research project entitled "Music in the Psychomotor Intervention with People with Intellectual and Developmental Difficulties: Contribution to Adaptive Behavior", aiming to analyse the changes in adaptive behavior of adults with DID, before and after a psychomotor program using music and its components.

Keywords: Psychomotor intervention; Adaptive Behavior; Support; Intellectual and Developmental Disability (IDD); Center for Occupational Activities (CAO); Nuclisol Jean Piaget

Índice

Agradecimentos	i
Resumo:	ii
Abstract:	iii
Índice de Tabelas	vi
Índice de Figuras	vi
Introdução	- 1 -
I. Enquadramento Teórico e Institucional	4
1 Caracterização da Instituição	4
1.1 Nuclisol Jean Piaget.....	4
1.2 Missão, Visão e Valores.....	5
1.3 Valências e áreas de Intervenção	6
1.4 Modelo Pedagógico	6
1.5 Contexto	8
1.5.1 <i>Serviços</i>	9
1.5.2 <i>Projetos</i>	11
1.5.3 <i>Parcerias</i>	12
1.5.4 <i>Organograma 2015-2016</i>	13
1.5.5 <i>Outros aspetos de funcionamento</i>	14
2 Caracterização da População	14
2.1 Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID)	15
2.1.1 <i>Definição</i>	15
2.1.2 <i>Etiologia</i>	16
2.1.3 <i>Classificação</i>	16
2.1.4 <i>Características</i>	18
2.2 Trissomia 21	21
2.2.1 <i>Etiologia</i>	22

2.2.2	Características.....	22
2.3	Síndrome Alcoólica Fetal	28
2.3.1	Etiologia.....	28
2.3.2	Caracterização	29
3	Intervenção psicomotora no Piaget.....	31
3.1	A Psicomotricidade e a Intervenção Psicomotora.....	31
3.2	Meio Aquático	35
3.3	Equitação Terapêutica	36
3.4	A avaliação na instituição.....	38
II.	Prática de Estágio Curricular – A intervenção psicomotora na Nuclisol.....	40
1.	Calendarização, duração e horário do estágio	40
2.	Organização e Etapas do Estágio	41
3.	População-Alvo, Contextos de Intervenção e Estratégias utilizadas.....	45
3.1.	População-Alvo.....	46
3.2.	Contextos de Intervenção	54
3.3.	Estratégias utilizadas	55
3.4.	Instrumentos	57
3.4.1	Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa (ECAP)	57
3.4.2	Escala de Intensidade de Apoios (EIA).....	58
3.4.3	Bateria Psicomotora (BPM).....	60
3.4.4	Procedimentos.....	61
3.5	Atividades Complementares e Formações	62
3.5.1	Atividades Complementares	62
3.5.2	Formações.....	64
4	Estudo de Caso	65
4.1	Avaliação	66
4.1.1	Principais conclusões.....	73

Projeto de Investigação	75
Conclusão	92
Referências	96

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Recursos Humanos da Unidade de Vila Real (Projeto Educativo, 2015-2018)	12
Tabela 2 - Horário das Atividades de Estágio	40
Tabela 3 - Cronograma referente às atividades realizadas ao longo do período de estágio	41
Tabela 4 - Caracterização dos contextos de intervenção e população-alvo	45
Tabela 5 - Caracterização do grupo de indivíduos com menor autonomia integrados no CAO alvo de intervenção pela estagiária (n=9)	46
Tabela 6 - objetivos a concretizar com os grupos alvo de intervenção em meio aquático	55
Tabela 7 - Descrição das estratégias adotadas pela estagiária ao longo do estágio, discriminadas em função do grupo alvo	56
Tabela 8 - Resultados obtidas por M nos domínios da parte I da ECAP nos dois momentos de avaliação	66
Tabela 9 - Resultados obtidas por M nos domínios da parte II da ECAP nos dois momentos de avaliação	67
Tabela 10 - Resultados obtidos na secção 1 da EIA nos dois momentos de avaliação (inicial e final).....	68
Tabela 11 - Perfil de Funcionalidade de M.....	69
Tabela 12 - Plano de Intervenção Psicomotora de M.....	70

Índice de Figuras

Figura 1 - Mapa das freguesias de Vila Real (Projeto Educativo 2015-2018).....	8
Figura 2 - Unidade de Vila Real	9
Figura 3 - Organograma da Unidade de Vila Real (Projeto Educativo, 2015-2018).....	14
Figura 4 - Chave de Classificação para as secções 1 e 2 da EIA	59

Introdução

O presente Relatório de Estágio, do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), integra-se no Plano Curricular do 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM), da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), Universidade de Lisboa, tendo por base o Despacho n.º 10099/2009 de 15 de Abril de 2009. O mestrado em questão tem quatro objetivos (RACP, 2015):

- 1) Aprofundar conhecimentos e competências no âmbito da Reabilitação Psicomotora, a nível científico e metodológico, compreendendo as características do público-alvo de intervenção (pessoas com perturbações do desenvolvimento), desenvolvendo a capacidade de refletir de forma multidisciplinar;
- 2) Promover, no mestrando, o desenvolvimento das capacidades de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas inseridos na Reabilitação Psicomotora, devendo ser capaz de adaptar os mesmos aos diversos contextos e domínios de Intervenção;
- 3) Estimular no mestrando a capacidade de inovação, i.e., deve ser capaz de desenvolver e aplicar novos conhecimentos e novas formas de atuação, quer no sentido de adequação ao contexto em que se encontra, quer no sentido de promover o crescimento científico da área em questão;
- 4) Suscitar, no mestrando, a adoção de um espírito científico crítico, que lhe permita uma adequada integração em projetos de investigação, quer a nível individual, quer em equipas multidisciplinares e/ou centros de investigação.

O estágio descrito neste relatório apresentou dois objetivos fundamentais (RACP, 2015): permitir a aprendizagem e treino inerentes ao exercício da atividade profissional do psicomotricista; e promover a inserção do mestrando no mercado de trabalho, tendo por base a aquisição de competências em três domínios: a) intervenção pedagógico-terapêutica psicomotora (avaliação do desenvolvimento psicomotor, definição de um perfil intraindividual, construção e aplicação de programas inerentes à reabilitação psicomotora, e identificação de fatores contextuais que atuem como facilitadores ou inibidores do desenvolvimento psicomotor); b) relação com outros profissionais (aquisição de competências ao nível de dinâmica de grupos e de exercício de funções em equipa multidisciplinar); e c) relação com a comunidade (desenvolvimento de projetos na instituição e/ou na comunidade).

Importa ter em atenção que a definição dos objetivos a atingir neste estágio teve por base o pressuposto que fossem realizadas atividades que permitissem a aquisição das competências necessárias à prática psicomotora, nomeadamente ao nível do planeamento e operacionalização de programas individualizados e adequados à população-alvo, através da adoção e aplicação de metodologias e instrumentos válidos e específicos.

O estágio foi desenvolvido numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) de Vila Real, designada Nuclisol Jean Piaget – Associação para o Desenvolvimento da Criança, a Integração e a Solidariedade. A escolha por esta instituição prendeu-se com a possibilidade de crescimento académico, profissional e pessoal que esta proporcionava. De facto, a mesma é frequentada por indivíduos que apresentam um desenvolvimento dentro do padrão esperado para a sua faixa etária assim como por indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID). Desta forma, conhecendo, previamente, a população-alvo e os profissionais que exerciam funções na mesma, considerou-se a Instituição como uma mais-valia.

Antes de iniciar a descrição do estágio propriamente dito, importa abordar a psicomotricidade e a intervenção psicomotora, no sentido de proporcionar uma melhor compreensão do que decorreu ao longo do ano letivo. Começando por refletir acerca do conceito de Psicomotricidade, a mesma é definida por Fonseca (2001) como uma ciência estruturada em diversas áreas do conhecimento, que se dispõe a desenvolver as faculdades expressivas e intelectuais do homem através do movimento. Para o autor, esta constitui uma área importante e unificadora, na qual existe uma ligação entre a atividade psíquica e a motora, sendo estas duas grandezas indissociáveis e intimamente relacionadas com as informações e interações sociais. Desta forma, a psicomotricidade é uma ciência que estuda e investiga esta relação, sendo estas ligações e influências recíprocas e sistemáticas entre o psiquismo e a motricidade do ser humano. O psiquismo constitui o funcionamento mental do indivíduo, que tem como função a integração de sensações, perceções, emoções, afetos, aspirações, medos e simbolizações, a complexidade dos processos relacionais e sociais e integra, ainda, todos os processos cognitivos como a atenção, o processamento, e a integração sensorial (Fonseca, 2004). Já a motricidade é o conjunto de manifestações e revelações mentais, intelectuais e do corpo que envolvem as suas funções, como é o caso das funções tónicas, posturais, somatognósicas e práxicas (Fonseca, 2004). Assim, a Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal e expressiva, na qual se trabalham expressões motoras inadequadas

que podem derivar de problemas de desenvolvimento psicomotor, de comportamento, de aprendizagem e/ou de questões psicoafetivas (Fonseca, 2010).

Remetendo para o conceito de estagiário, este é definido pelo dicionário de Língua Portuguesa da Porto Editora como aquele que realiza um estágio, sendo estágio definido como um período de trabalho por tempo determinado, que tem como objetivo proporcionar formação e aprendizagem de uma prática profissional. Enquanto estagiária, a minha postura profissional teve por base o respeito pelo Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses, elaborado pela Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP, 2011).

Desta forma, e para uma melhor compreensão do relatório, importa descrever a forma como se organiza: na primeira parte, é possível analisar a caracterização da instituição e da população-alvo (descrição dos diagnósticos presentes), à qual se segue uma abordagem acerca da avaliação e intervenção psicomotora em contexto de instituição; a segunda parte contempla a logística inerente ao estágio assim como a conduta da estagiária face a todos os grupos-alvo de avaliação e intervenção; na terceira, e última parte, é possível encontrar a descrição do estudo de caso, com o objetivo de descrever especificamente todas as etapas inerentes a um processo de intervenção psicomotora, assim como a conclusão do relatório, na qual se encontra, ainda, a reflexão pessoal da estagiária.

O estágio descrito neste relatório decorreu na Unidade de Vila Real da Instituição Nuclisol Jean Piaget - Associação para o Desenvolvimento da Criança, Integração e Solidariedade, tendo sido realizada intervenção psicomotora em contexto de sala, meio aquático e hípico com indivíduos pertencentes ao grupo CAO (Centro de Atividades Ocupacionais) e crianças a frequentar a Creche, o Ensino Pré-Escolar e o Primeiro Ciclo.

I. Enquadramento Teórico e Institucional

Esta primeira parte do relatório inclui a caracterização da instituição e da população-alvo, assim como uma abordagem acerca da avaliação e intervenção psicomotora na instituição. Especificamente, ao nível da caracterização da instituição apresenta-se a missão, visão e valores da mesma, suas valências, modelo pedagógico de base, o contexto, os serviços que proporciona, os projetos nas quais se encontra inserida e as parcerias estabelecidas assim como outras questões de funcionamento. De seguida, e com base na literatura, apresenta-se uma abordagem e caracterização dos diagnósticos da população-alvo – Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), Trissomia 21 (T21) e Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Nesta secção encontra-se, ainda, a caracterização da intervenção psicomotora, procedendo-se à descrição das vertentes e contextos de atuação.

1 Caracterização da Instituição

1.1 Nuclisol Jean Piaget de Vila Real

O estágio descrito realizou-se em Vila Real, nomeadamente numa das unidades da IPSS Nuclisol Jean Piaget – Associação para o Desenvolvimento da Criança, Integração e Solidariedade (Nuclisol, 2015), uma instituição sem fins lucrativos, criada por iniciativa de particulares, com o objetivo de prestar Solidariedade e Justiça aos indivíduos, de forma organizada, sendo que não são administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico (Decreto-Lei nº 119/83, artigo 1.º).

A Nuclisol, enquanto instituição dependente do Instituto Jean Piaget, iniciou a sua atividade em 1983. Alguns anos mais tarde, em 1992, tornou-se independente deste instituto e passou a designar-se Nuclisol Jean Piaget - Associação para o Desenvolvimento da Criança, Integração e Solidariedade (Instituto Piaget, 2015).

No que concerne às características da ação, a Nuclisol atua através da concessão de bens e prestação de serviços, apresentando os seguintes objetivos: apoio a crianças e jovens, à família e à integração social e comunitária; proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em qualquer situação de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; Educação e Formação Profissional dos cidadãos; e, por fim, resolução dos problemas habitacionais das populações (Nuclisol, 2015).

Atualmente, a Instituição possui **15 unidades** sediadas em Portugal, nomeadamente em Vila Real, Macedo de Cavaleiros, Mirandela, Viseu (Lugar de Bigas e Vila Nova do Campo), Lourosa, Arcozelo, Caldas da Rainha, Vila Franca de Xira, São João da Talha, Vila Nova de Santo André e Lisboa (Lumiar, Galinheiras e Marvila — Bairro do Armador e do Condado) (Instituto Piaget, 2015).

Atualmente, a Nuclisol presta apoio a **2500 clientes** em todo o país. Entre as várias ações realizadas pela Instituição, o foco recai sobre a prestação de cuidados, educação e formação, ensino vocacional e profissional, colaboração com outras entidades sociais que apresentem os mesmos objetivos, e realização de projetos de intervenção na comunidade (com o intuito de colaborar no desenvolvimento das comunidades onde se insere bem como contribuir para a coesão da sua estrutura social) (Instituto Piaget, 2015).

1.2 Missão, Visão e Valores

A Nuclisol Jean Piaget tem como **missão** a integração e a inclusão social através da proximidade e do envolvimento com a comunidade tendo como **visão** ser uma IPSS de referência nas respostas sociais relativas à infância, aos jovens, às pessoas com deficiência e aos gerentes (Nuclisol, 2015). A ação desta instituição é igualmente pautada por diversos valores (Nuclisol, 2015):

- **Ética:** pressupõe-se que todos os profissionais inerentes à instituição exerçam funções de forma ética, com respeito pela individualidade de cada cliente;
- **Confidencialidade:** cada profissional deve limitar o conhecimento de informações sobre os clientes àqueles que dele necessitam para o adequado exercício de funções;
- **Rigor:** o profissional deve tomar decisões com base em factos, sendo que as suas atividades devem ser realizadas de forma correta e adequada, norteadas pelos procedimentos definidos;
- **Privacidade:** respeito pelo espaço e tempo de cada cliente necessários à realização das atividades propostas;
- **Integridade:** o profissional deve respeitar os deveres e os direitos de todas as partes interessadas, assim como as regras organizacionais de conduta;
- **Políticas de Qualidade:** o profissional deve satisfazer as necessidades e expectativas das entidades interessadas, assim como promover a conformidade e o desempenho económico;
- **Outras Políticas:** o profissional deve demonstrar responsabilidade social e melhorar a qualificação e as práticas da comunidade;

- **Desenvolvimento de Parcerias:** o profissional deve melhorar a eficácia e a eficiência da organização;
- **Qualidade dos Recursos Humanos:** o profissional deve promover a qualificação, o desempenho e a igualdade de oportunidades);
- **Participação:** o profissional deve melhorar a participação das entidades interessadas;

1.3 Valências e áreas de Intervenção

No que concerne às valências, a Nuclisol atua ao nível da Educação e da Ação Social, pelo que apresenta, à sua responsabilidade (Nuclisol, 2015): Creches e Jardins de Infância; Escolas do 1º, 2º e 3º ciclos; Escolas de Ensino Profissional; Centro de Atividades dos Tempos Livres (CATL); Centro de Acolhimento Temporário de Crianças em Risco (CAT); Lar de Idosos; Serviços de Apoio Domiciliário (SAD); Centro de Atividades Ocupacionais (CAO); Cantinas Sociais; e Centro de Apoio a Indivíduos com Necessidades Educativas Especiais.

1.4 Modelo Pedagógico

A Nuclisol Jean Piaget tem por base o Trabalho de Projeto, cujas raízes pertencem à Teoria Cognitiva e Construtivista desenvolvida pelo Psicólogo e Pedagogo Jean Piaget (Nuclisol, 2015). Existem três princípios na base da teoria do Desenvolvimento Cognitivo proposta por Piaget: 1) existe uma diferença qualitativa entre o modo de funcionamento intelectual da criança e do adulto (não apresentam o mesmo “equipamento” básico); 2) o desenvolvimento cognitivo resulta da construção ativa (por parte do sujeito) de estruturas que permitam a sua adaptação ao meio; e 3) ocorre ao longo de momentos qualitativamente distintos, designados por estádios, que atendem a uma sequência uniforme (Matos, 2008; Palangana, 2015).

Desta forma, Piaget propõe que o comportamento e o desenvolvimento intelectual resultam de uma construção progressiva que o sujeito faz através da sua interação com o meio físico e social, defendendo, assim, que o conhecimento é um processo de adaptação ao meio. Ou seja, o sujeito tem um papel ativo, uma vez que constrói esquemas/estruturas que lhe permitem conhecer e interpretar a realidade. Neste processo de adaptação ao meio existem três mecanismos: Assimilação, Acomodação e Equilibração (Giusta, 2013; Palangana, 2015; Rodrigues, 2010). A assimilação é definida como um processo em que ocorre uma incorporação de novas informações nos esquemas que já existem; a acomodação corresponde a um processo de ajustamento dos esquemas que já existem às novas informações e experiências; e a equilibração é um processo que tem como objetivo estabelecer um equilíbrio entre a assimilação e a

acomodação, ou seja, é aquilo que permite o desenvolvimento do sujeito (Giusta, 2013; Matos, 2008; Palangana, 2015; Rodrigues, 2010). Em suma, quando o indivíduo atua sobre um objeto ocorre um desequilíbrio do conhecimento adquirido antes dessa atuação, que é resolvido através dos processos de assimilação e acomodação do novo conhecimento, culminando no restabelecimento do equilíbrio, até à próxima atuação do indivíduo (Rodrigues, 2010).

No que concerne aos estádios de desenvolvimento, Piaget propõe a existência de quatro estádios (Pádua, 2009), caracterizados por níveis qualitativamente distintos entre si sendo que cada criança só atinge o estágio seguinte depois de ter alcançado as competências características do estágio anterior, i.e.: esta transição entre os estádios ocorre através de novos esquemas cognitivos construídos através das experiências vividas pelo indivíduo nos estádios anteriores (Pádua, 2009; Palangana, 2015). Desta forma, Piaget propõe que o conhecimento é uma construção progressiva, através da interação entre o sujeito e o meio, e que permite a sua adaptação. A título de uma melhor compreensão descreve-se sucintamente os quatro estádios (Osti, 2009; Pádua, 2009; Palangana, 2015):

1. **sensório-motor**: do nascimento aos 2 anos de idade, é o estágio da inteligência prática desenvolvida através de ações motoras e atividades perceptivas, com base nos sentidos, que captam impressões sensoriais; é um estágio decisivo e as ações mais frequentes são agarrar, atirar, bater e pontapear;
2. **pré-operatório**: dos 2 aos 7 anos de idade, é um estágio caracterizado pela utilização do pensamento simbólico e da linguagem (a criança cria símbolos que representam objetos); observa-se, inicialmente, um pensamento pré-conceitual (tem por base imagens mentais e não conceitos, dominado pela imaginação e fantasia); que depois passa a um pensamento intuitivo (centrado na percepção e não na imaginação, pouco flexível e baseado em acontecimentos particulares):
3. **operações concretas**: dos 7 aos 11 anos de idade, corresponde ao início da conceitualização, i.e.: a criança desenvolve estruturas lógicas que explicam as suas experiências, sem pensamento abstrato; a característica principal é a capacidade de reversibilidades, ou seja, capacidade mental para voltar ao ponto de partida; a criança já possui também a noção de volume, peso, espaço, tempo, classificação e operações numéricas; e
4. **operações formais** (ou abstratas): dos 11/12 anos de idade em diante, caracteriza-se pelo pensamento abstrato e conceitual, sendo a criança capaz de analisar hipóteses e de pensar de forma científica; surge o raciocínio hipotético-dedutivo, em

que partindo da realidade o indivíduo retira sistematicamente conclusões e/ou implicações, observando-se também um egocentrismo intelectual que leva a que a criança/adolescente considere que as suas convicções são as melhores e capazes de resolver todos os problemas.

Esta pedagogia considera a Escola como democrática e ecológica, definindo-a como um local onde se constroem ideias através do debate com os outros e tendo por base experiências. Assim, o Professor assume a função de criador de contextos, desafios e ações para a aprendizagem, e a Criança torna-se agente do seu processo de aprendizagem (Nuclisol, 2015). Atendendo ao exposto, é possível compreender que a ação desta instituição tenha por base perspetivas como: “Mais que transmitir conhecimento, é preciso favorecer a atividade mental da criança”, “o conhecimento é construído pela criança” e “educar é provocar a atividade, estimular a procura do conhecimento” (Nuclisol, 2015).

1.5 Contexto

A Unidade de Desenvolvimento na qual o estágio se desenvolve localiza-se na cidade de Vila Real, que teve origem na segunda metade do século XIII, a mando do Rei D. Dinis. Situa-se a 450 metros de altitude, aproximadamente, sobre a margem direita do rio Corgo (um dos afluentes do Douro), num planalto onde se destacam as serras do Marão e do Alvão (Projeto Educativo, 2015-2018).

A Unidade está a cerca de 85 Km do Oceano Atlântico, a Oeste, 15 Km do rio Douro, a Sul, e a 65 Km da fronteira com a Galiza, Espanha, a Norte (Projeto Educativo, 2015-2018). Vila Real é sede de concelho e capital de distrito, perdendo, progressivamente, o seu isolamento em resultado da melhoria das vias de comunicação. O Concelho de Vila Real mantém características rurais bem marcadas, sendo dominantes dois tipos de paisagem: a zona mais montanhosa das Serras do Marão e do Alvão, separadas pela terra verdejante e fértil do Vale da Campeã e, para Sul, com a proximidade do Douro, os vinhedos em socalco. Observa-se, ainda, um grande número de linhas de água que irrigam a área do Concelho, destacando-se o Rio Corgo, que atravessa a Cidade (Projeto Educativo, 2015-2018).



Figura 1 - Mapa das freguesias de Vila Real
(Projeto Educativo 2015-2018)

O concelho de Vila Real é constituído por várias freguesias (Figura 1) (Projeto Educativo, 2015-2018).

O estágio decorreu, então, na unidade de Vila Real (figura 2), designada Unidade de Desenvolvimento Integrado, pelo que será feita agora uma abordagem mais centrada nesta unidade.



Figura 2 - Unidade de Vila Real

Em termos de percurso histórico, esta unidade foi constituída em 1988, período em que a Nuclisol ainda se

encontrava sob a alçada do Instituto Jean Piaget (Nuclisol, 2015). Esta unidade realiza funções em instalações cedidas pelo Instituto da Segurança Social de Vila Real, tendo por base um regime de acordo de gestão, que implica uma repartição de custos entre o Estado e a Instituição. A Unidade de Desenvolvimento opera numa quinta constituída por 2 áreas distintas: a primeira compreende 3 edifícios onde decorrem as atividades pedagógicas, recreios e espaços de lazer, campos de jogos, estacionamento e jardins; a segunda área é constituída por uma ampla zona de cultivo e pomar que pode ser utilizada em pleno pelos clientes ao longo do ano (Nuclisol, 2015).

No que concerne à “área pedagógica”, a unidade apresenta os seguintes recursos: 2 áreas de higienização – bebés e 1 ano, 3 salas para a creche, 3 salas para o pré-escolar, 3 salas de serviços complementares de apoio ao 1.º ciclo do ensino básico, 4 salas para o 1.º ciclo do ensino básico, 6 salas para o grupo CAO, Espaço de Atendimento, Auditório, Centro de Recursos, Copa de leites e cozinha, Espaço polivalente, Gabinete de Educação Especial e de Terapia da Fala, Gabinete de Direção, Gabinete de Psicologia, Instalações sanitárias e balneário para o 1.º ciclo por género, Instalações sanitárias e balneário CAO por género, Recreio interior para a creche, Refeitório, Sala de Reabilitação Psicomotora e Sala de TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação) (Nuclisol, 2015).

1.5.1 Serviços

A Unidade disponibiliza os seguintes **serviços** (Nuclisol, 2015): Creche, Pré-escolar, 1.º Ciclo do Ensino Básico, Serviços Complementares de Apoio ao Básico, Centro de Apoio Preventivo na Saúde (CAPS), Centro de Atividades de Tempos Livres

(CATL) e Centro de Atividades Ocupacionais (CAO). Para proporcionar uma melhor compreensão acerca das funções desempenhadas pela estagiária, descrevem-se os objetivos inerentes a cada serviço em que se justifica a intervenção de Técnico Superior de Reabilitação Psicomotora (Nuclisol, 2015):

- **Creche:** serviço destinado a crianças dos 3 meses aos 3 anos, apresentando como objetivos: favorecer a formação e o desenvolvimento das capacidades da criança; contribuir para a estabilidade e segurança afetiva da criança; promover a observação e compreensão do mundo; favorecer a integração e a sociabilidade; apoiar o desenvolvimento de capacidades lúdicas, de expressão, de comunicação e a criatividade; desenvolver noções de higiene e saúde; despistar inadaptações, deficiências ou precocidades e fazer a adequada orientação. Neste serviço, o Psicomotricista (PM) atua a um nível preventivo/educativo, através da realização de atividades que permitam estimular as vertentes cognitiva e motora da criança;
- **Pré-escolar:** serviço destinado a crianças dos 3 aos 6 anos, é considerada a primeira etapa da Educação Básica e um complemento à ação educativa da Família, objetivando promover a formação e o desenvolvimento equilibrado da criança, tendo como meta a participação da criança na sociedade como ser autónomo, livre e solidário; também neste serviço o PM atua a um nível preventivo/educativo, caracterizado pela estimulação cognitiva e motora da criança, com maior enfoque na realização de atividades de estimulação motora;
- **1º Ciclo do Ensino Básico:** serviço destinado a crianças do 1º ao 4º ano de escolaridade e apresenta como objetivos: favorecer o domínio da linguagem oral; promover o domínio da leitura e da escrita; transmitir noções de Aritmética, do Meio Físico e Social; desenvolver o domínio das Expressões Plástica, Dramática, Musical e Motora. Neste serviço, o PM atua a um nível preventivo/educativo e a um nível reeducativo, sendo que a sua ação apresenta duas vertentes: colaboração e intervenção: na primeira, o PM colaborou com o Professor de Educação Física durante as aulas de Natação, no sentido de apoiar crianças com maiores dificuldades; e na segunda, a atuação do PM incidiu nas dificuldades de aprendizagem, motoras e desenvolvimentais;
- **Centro de Apoio Preventivo na Saúde (CAPS):** cujo objetivo é auxiliar crianças e jovens com ou sem deficiência, com vista à promoção da Educação e da Inclusão, e colaborando na construção de um Projeto de Vida para cada um. O CAPS está organizado em três núcleos - Núcleo da Primeira Infância, Núcleo Infanto-Juvenil e Núcleo de Apoio e Intervenção Familiar – o Técnico de Reabilitação Psicomotora atua

nos dois primeiros núcleos, através da realização de atividades que promovam o desenvolvimento psicomotor dos indivíduos, bem como a nível educativo/preventivo e reeducativo; e

- **Centro de Atividades Ocupacionais (CAO):** resposta social destinada a indivíduos com deficiência e que objetiva a promoção de condições facilitadoras de uma vida com qualidade, através de atividades consideradas úteis (não requerem enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral) a nível social, de modo a tornar estes indivíduos ativos, criativos e criadores. O PM atua a um nível preventivo e a um nível reeducativo, pautados pela realização de atividades de estimulação cognitiva, motora, emocional e social.

A Unidade de Desenvolvimento descrita proporciona, ainda, atividades extracurriculares, nomeadamente Ballet, Educação Musical, Educação Psicomotora e Natação para as crianças do Pré-Escolar, bem como Ballet, Capoeira e Xadrez para as crianças do 1º ciclo do Ensino Básico. A instituição prevê, ainda, o desenvolvimento de atividades de adaptação ao meio aquático para os bebés que frequentam a Creche, assim como Dança Motivacional e Pré-karaté para as crianças que frequentam o Pré-Escolar; para as crianças do 1º ciclo do ensino básico prevê-se a criação do “Clube dos Afetos”, “Clube da Expressão Corporal” e o “Clube do Jornal Digital” (Nuclisol, 2015). Todos estes serviços implicam a existência de recursos humanos qualificados e em número necessário ao adequado exercício de funções, estando estes descritos na tabela que se segue (Tabela 1) (Projeto Educativo, 2015-2018).

1.5.2 Projetos

No que diz respeito a **projetos**, a unidade desenvolve (Nuclisol, 2015):

- **Cancioneiro Infanto-juvenil para a Língua Portuguesa:** projeto desenvolvido pelos docentes de Língua Portuguesa, lecionada no 1º ciclo de escolaridade;
- **Envolvimento Parental:** projeto cujo objeto é envolver e responsabilizar a família na participação ativa na educação do seu educando, participando em projetos e festas da escola;
- **Inclusão:** projeto que se baseia na inclusão dos indivíduos que frequentam o CAO e de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) no mesmo estabelecimento de ensino dos seus pares típicos;
- **Projeto Educativo de Estabelecimento (PE):** documento que apresenta as linhas de atuação e funcionamento da instituição ao nível da educação, elaborado e aprovado pelos órgãos de administração e gestão, durante um período de 3 anos. O PE, para além de um documento orientador da prática educativa, é ao mesmo tempo

expressão de identidade e de autonomia. O Projeto Educativo, na sua verdadeira aceção, implica que escolas e agentes educativos interajam de forma a encontrar novos caminhos, tendo em conta o contexto e a formação de qualidade com significado para todos os alunos (Projeto Educativo 2015-2018).

Tabela 1 - Recursos Humanos da Unidade de Vila Real (Projeto Educativo, 2015-2018)

	Pessoal do Quadro	Prestador Serviços	Total
Diretora (especializada em Educação Especial - EE)	1	0	1
Educadores de Infância (5 especializados em EE)	8	0	8
Professores do 1º Ciclo (uma especializada em EE)	4	0	4
Professora de Educação Especial	1	0	1
Professor de Expressão Físico-Motora – 1º Ciclo	0	1	1
Professora de Expressão Físico-Motora Pré-Escolar	0	1	1
Professor de Expressão Artística: Pré-Escolar, 1º Ciclo e CAO	0	1	1
Professora de Inglês – Pré-Escolar e 1º Ciclo	0	1	1
Professora de Ballet – Pré-Escolar e 1º Ciclo	0	1	1
Professor de Karaté – Pré-Escolar e 1º Ciclo	0	1	1
Psicóloga	1	0	1
Psicomotricista/TSEER	2	0	2
Auxiliares de Ação Educativa	18	0	18
Monitores	2	0	2
Serviços Administrativos e Secretaria	1	0	1
Rececionista/Portaria	1	0	1
Auxiliares de Cozinha (Copa-Creche)	1	0	1
Cozinheira	1	0	1
Auxiliar de Cozinha	3	0	3
Auxiliar de Serviços Gerais (Manutenção/Limpeza das Instalações)	1	0	1
Auxiliar de Manutenção/Conservação dos Espaços	1	0	1
Motorista	1	0	1

- **Projeto Pedagógico Anual:** desenvolvido anualmente é transversal a todas as valências, sendo que para cada projeto é definido um tema que deve ser abordado através das atividades realizadas na Instituição pelos diversos grupos; no presente ano letivo, o projeto intitula-se “Sou Feliz Assim”.
- **Projeto Curricular de Grupo:** constitui um sub-projeto do projeto pedagógico anual, devendo guiar as atividades realizadas em cada sala (sala do 3, sala dos 4...);

1.5.3 Parcerias

A unidade apresenta parcerias com as seguintes Instituições/Entidades da comunidade (Nuclisol, 2015):

- **Associação de Desporto Adaptado para a Deficiência Intelectual (ANDDI):** alguns clientes estão inscritos nas modalidades de natação e ténis de mesa, participando em campeonatos organizados pela mesma;
- **Associação Distrital de Ténis de Mesa:** disponibilização do espaço para a realização de aulas e treinos de ténis de mesa;
- **Câmara Municipal de Vila Real:** disponibilização do pavilhão desportivo, da piscina municipal e de outros espaços para diferentes eventos;
- **Centro de Saúde de Vila Real II** (inserido no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Douro I – Marão e Douro Norte): realização de formações no âmbito de cuidados de saúde primários, desenvolvidas pela Unidade de Cuidados na Comunidade inerente ao Centro de Saúde;
- **Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Sabrosa:** disponibilização dos recursos necessários à realização de Equitação Terapêutica: Psicomotricista, espaço, animal e responsável pelo mesmo);
- **Instituto da Segurança Social:** acordos de cooperação em virtude de a Instituição constituir uma SPSS;
- **Ministério da Educação:** parceria necessária pelo facto de se lecionar aulas do 1º Ciclo do Ensino Básico, na Unidade;
- **Teatro Municipal de Vila Real:** disponibilização do espaço para realização de eventos relativos à Unidade; e
- **Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro:** Protocolos de colaboração dos estágios de 1º Ciclo dos cursos de Reabilitação Psicomotora e Educação Básica e dos estágios de 2º Ciclo dos cursos de Psicologia e Educação Básica.

Importa, agora, abordar a estrutura subjacente ao funcionamento dos mesmos, usando como recurso o organograma que se segue (figura 3).

1.5.4 Organograma 2015-2016

Do ponto de vista organizativo e de funcionamento, observa-se, no topo da hierarquia, a presença do Conselho Administrativo, responsável pelas 15 Unidades distribuídas pelo país, ao qual esta unidade responde. Remetendo especificamente a esta unidade, verifica-se a existência de uma Direção, à qual todos os serviços da mesma respondem, sendo que em cada valência existe um responsável. A forma como a informação é apresentada caracteriza a interligação existente entre os diversos serviços, característica do trabalho multidisciplinar que se realiza na Unidade (Projeto Educativo, 2015-2018).

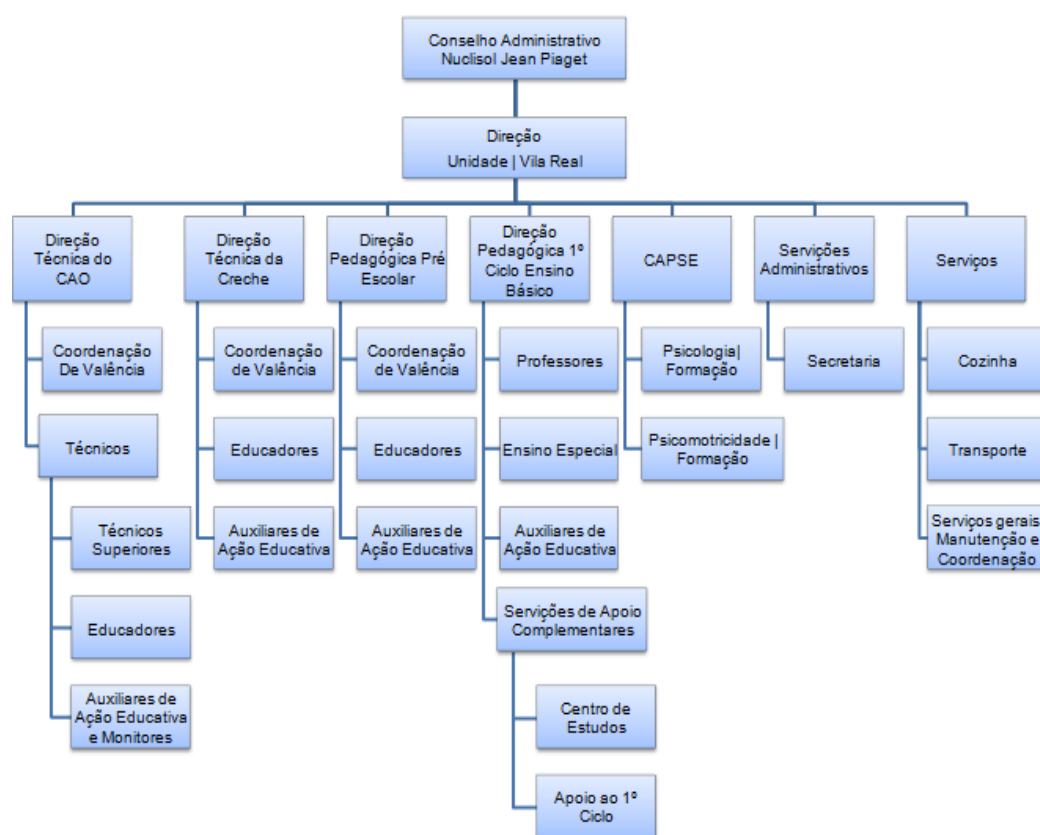


Figura 3 - Organograma da Unidade de Vila Real (Projeto Educativo, 2015-2018)

1.5.5 Outros aspetos de funcionamento

Relativamente às **inscrições** nesta unidade, é possível proceder à mesma em qualquer momento do ano, podendo realizar a renovação a partir do mês de maio. Quanto à **mensalidade**, os serviços de Creche, Pré-escolar e CAO apresentam um custo mediado pelo rendimento *per capita* do agregado familiar, enquanto o serviço de 1º Ciclo do Ensino Básico apresenta uma mensalidade única (Nuclisol, 2015). Quanto ao **horário de funcionamento**, a Unidade realiza funções desde as 7.45h da manhã às 19h da tarde (Nuclisol, 2015).

2 Caracterização da População

Após a descrição da Instituição, é pertinente proceder a uma caracterização teórica da população alvo, abordando os diagnósticos e as principais características inerentes da mesma, para posteriormente, se proceder à correlação com os casos que beneficiaram da intervenção psicomotora, ao longo do ano letivo. Refere-se que a DID constitui o diagnóstico principal dos clientes presentes na Nuclisol, verificando-se também casos de duplo diagnóstico como a Trissomia 21 e a Síndrome Alcoólica Fetal.

2.1 Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID)

2.1.1 Definição

A terminologia atual para a designação de Deficiência Mental é *Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID)* e apoia-se no propósito de modificar as atitudes face a este subgrupo populacional, devido ao carácter estigmatizante da terminologia anterior (Jones, 2012; Morato e Santos, 2007; Roque e Santos, 2010; Schalock e Luckasson, 2013). No entanto, esta alteração da conceptualização e nomenclatura não tem sido uma tarefa fácil, dada a necessidade da modificação de pensamentos e visões sobre essas pessoas, já há muito enraizados na sociedade em geral, com repercussões a nível comportamental e das respostas educativas (Roque e Santos, 2010). A nova terminologia traz um repensar do plano de vida das pessoas com DID, para que eles tenham acesso a serviços de qualidade tendo em conta as suas necessidades e expetativas (Luckasson e Schalock, 2013; Roque e Santos, 2010).

A DID surge antes dos 18 anos e é caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, que se expressam nas habilidades concetuais, sociais e práticas (Luckasson et al., 2002; McDermott, Durkin, Schupf e Stein, 2007; Schalock, et al., 2007; Schalock et al., 2010 Schalock e Luckasson, 2004). Ainda segundo estes autores a definição de DID tem por base 5 pressupostos: 1) a pessoa avaliada tem de ser enquadrada e analisada no seu contexto ecológico, 2) considerando a diversidade cultural, de comunicação, sensorial, motora e comportamental, 3) tendo sempre presente que cada indivíduo tem áreas fortes e limitações, 4) cuja descrição e compreensão permite o *design* de um plano de apoios necessários e individualizados que 5) irá contribuir significativamente, para a melhoria da qualidade de vida da pessoa.

O funcionamento da pessoa com DID possui uma relação direta com as capacidades intelectuais e competências adaptativas e com os envolvimentos onde ocorrem as suas interações, por isso, em vez de se centrar exclusivamente nos défices individuais, centra-se na qualidade de interação entre o indivíduo e o seu envolvimento (Luckasson e Schalock, 2013; Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012; Santos, Morato e Luckasson, 2014; Santos e Santos, 2007). Como esta nova definição tem em conta o envolvimento, um sistema de apoios adequados e individualizados fazem com que o indivíduo com DID seja capaz de assumir um papel como cidadão ativo, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida, uma vez, que passa a ser mais autónomo (Luckasson et al., 2002; Luckasson e Schalock, 2013; Morato e Santos, 2007;

Santos e Morato, 2012; Santos e Santos, 2007; Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2004; Thompson, Schalock, Agosta, Teninty e Fortune, 2014; Thompson et al., 2009).

Desta forma, o indivíduo não é mais considerado uma variável independente e o meio torna-se uma variável passível de manipulação, influenciando o sujeito (Morato e Santos, 2007; Schalock e Luckasson, 2013), transitando-se do Modelo Psicométrico Absolutista-Imperialista para o Modelo Ecológico Relativista Desenvolvimentista (Morato e Santos, 2007). O desenvolvimento humano deixa de ser um processo exclusivamente dependente do fator genético, passível de medida intrínseca e do desenvolvimento intelectual expresso pelo QI (Morato e Santos, 2007; Schalock e Luckasson, 2013).

Concluindo, para o diagnóstico, consideram-se três critérios: a pontuação dos testes de inteligência e o despiste de dificuldades adaptativas, antes dos 18 anos (APA, 2013; Schalock, et al., 2007; Tassé, et al., 2012), sendo que os critérios abordados anteriormente têm como objetivo reduzir a excessiva importância atribuída às avaliações psicométricas baseadas exclusivamente no valor do Quociente de Inteligência (QI), assim como diminuir o número de diagnósticos incorretos (Luckasson et al., 2002; Morato e Santos, 2007; Roque e Santos, 2010; Santos et al., 2014; Tassé et al., 2012).

2.1.2 Etiologia

A etiologia da DID pressupõe uma abordagem multifatorial, defendendo a existência de quatro fatores: **biomédico** relacionado com os processos biológicos, i.e., condições específicas de saúde (e.g.: doenças genéticas ou problemáticas ao nível da nutrição); **social** associado à interação familiar e social (e.g.: estimulação e capacidade de resposta de terceiros); **comportamental** (i.e.: comportamentos de risco ou abuso de substâncias por parte da mãe durante a gestação, negligência); e **educacional** relacionado com os apoios educativos que fomentem o desenvolvimento de habilidade adaptativas (APA, 2013; Harris, 2010; Schalock e Luckasson, 2004; Schalock et al., 2010). Para além destes fatores de risco, considera-se ainda como causa o *timing* dos mesmos, ou seja, se o seu aparecimento foi pré-natal, perinatal ou pós natal (APA, 2013; Schalock e Luckasson, 2004; Schalock et al., 2010).

Ao nível da prevalência, a DID é mais prevalente no género masculino, devido às numerosas mutações dos genes encontrados no cromossoma X (Vasconcelos, 2004), estimando-se que a sua prevalência mundial esteja entre 1% e 3% (Moeschler, et al., 2014) e a nível europeu, seja de 1% (Bakel et al., 2013).

2.1.3 Classificação

No que diz respeito à classificação, existem diferentes sistemas de classificação, atualmente utilizados: o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V –

APA, 2013), a Classificação Internacional de Doenças (CID-10 – OMS, 2010), a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF – OMS, 2004) e o Sistema 2002 da Associação Americana de Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2009). Excetuando neste último sistema, a classificação é baseada no grau de severidade das dificuldades, com resultados, intelectuais e adaptativos, pelo menos de 2 desvios-padrão abaixo da média, categorizados por ligeiro, moderado, severo e profundo (APA, 2013). No mais recente paradigma (Luckasson et al., 2002; Thomspson et al., 2004; Thompson et al., 2009; Tassé et al., 2012) a classificação deve ter por base, o tipo de apoios necessários à diminuição das dificuldades, sendo definidos como recursos ou estratégias que têm como objetivo melhorar o funcionamento geral de cada pessoa, com ou sem DID (Luckasson et al., 2002; Luckasson e Schalock, 2013; Schalock e Luckasson, 2004; Thompson et al., 2004):

1) **Intermitentes**, ou seja, nem sempre necessários ou apenas em períodos específicos de transição, podendo ser de intensidade alta ou baixa;

2) **Limitados**, caracterizados por uma consistência em termos de intensidade e com importância especial nos períodos críticos;

3) **Extensivos**, referindo-se os apoios diários em algum contexto específico do quotidiano do indivíduo, não estando definido o tempo da sua aplicação; e

4) **Permanentes**, caracterizados pela sua intensidade alta e pelo seu caráter permanente.

A intensidade dos apoios é variável de indivíduo para indivíduo, tendo em atenção as situações e os estilos de vida em termos qualitativos e quantitativos, e o seu planeamento deve ser da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar (Luckasson et al., 2002), visando a melhoria da funcionalidade, integração e satisfação das pessoas com DID face ao seu envolvimento, de acordo com as suas necessidades, interesses e preferências (Loon, 2009; Luckasson et al., 2002; Thompson et al., 2009). O objetivo é garantir o acesso de pessoas com dificuldades aos recursos sociais, políticos e económicos da sociedade em que vivem (Loon, 2009), devendo, simultaneamente, promover-se a modificação de atitudes e comportamentos da população envolvente face a indivíduos com DID, reduzindo, por exemplo, determinados comportamentos excessivamente protetores face aos mesmos que em nada contribuem para o seu desenvolvimento (Popovici e Buica-Belciu, 2013).

Aquando da definição dos apoios necessários deve ser tido em atenção, também, o grau de adaptabilidade do comportamento do indivíduo, nomeadamente em contexto de domicílio e profissional (Woolf, Woolf e Oakland, 2010).

2.1.4 Características

Como referido anteriormente, os indivíduos com DID apresentam limitações intelectuais e adaptativas concomitantes, que se expressam ao nível das habilidades concetuais, sociais e práticas (Schalock, et al., 2007), com consequências ao nível das suas manifestações fenotípicas e comportamentais (Coppus, 2013; McDermott et al., 2007).

A nível cognitivo, observam-se dificuldades generalizadas (Atwell, Conners e Merrill, 2003), que se manifestam em limitações nas capacidades de atenção (comprometimento na regulação da atenção e da concentração), memória (comprometimento da memória verbal), resolução de problemas, uso e compreensão de abstrações (comprometimento da capacidade de representação e abstração), compreensão de situações de causa-efeito e capacidade em generalizar (Burack, Hodapp, e Zigler, 1998; Ke e Liu, 2015; WHO, 2007), assim como défice na atividade simbólica e dificuldades no processamento sequencial e sucessivo (Burack et al., 1998).

Ainda a nível cognitivo observam-se, simultaneamente, limitações na capacidade de leitura, a qual é pautada por dificuldades no reconhecimento de palavras, que pode ter por base dificuldades na consciência fonológica e na memória fonológica (Channell, Loveall e Conners, 2013). A literatura aponta, ainda, para diferenças ao nível da linguagem, sintaxe e vocabulário (Burack et al., 1998; Schuit, Segers, Balkom e Verhoeven, 2011), manifestando as crianças com DID dificuldades em seguir instruções verbais e ao nível da comunicação (dificuldade na produção do discurso, comprometimento da capacidade de compreensão do discurso do outro e da capacidade em produzir um discurso compreensível), atuando a ausência de discurso como um dos primeiros indicadores de preocupação (Burack et al., 1998; Ke e Liu, 2015; WHO, 2007).

No que concerne ao perfil psicomotor, indivíduos com DID apresentam várias limitações (Mansur e Marcon, 2006), apontando-se uma relação positiva entre o seu desempenho motor e as suas dificuldades intelectuais (Hartman, Houwen, Scherder e Visscher, 2010), que se reflete em resultados inferiores ao esperado nos fatores psicomotores: tonicidade (comprometimento da integração sensorial), equilíbrio, lateralidade (grande prevalência de lateralidade indefinida), esquema corporal (reduzida definição), estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina (Ferreira, Teixeira e Pereira, 2016; Mansur e Marcon, 2006; Niort e Vázquez, 2016; Papadatou-Pastou e Tomprou, 2015).

A este nível importa referir, ainda, a presença de movimentos descoordenados e estereotipados (Ke e Liu, 2015; Poppes, Putten e Vlaskamp, 2010; WHO, 2007) havendo,

inclusive, estudos que apontam para uma lentidão do desenvolvimento motor em crianças com DID, comparativamente aos seus pares (Rintala e Loovis, 2013). Esta diferença é corroborada por Woolf e colaboradores (2010), nomeadamente ao nível da locomoção e em atividades relacionadas com a autonomia individual: vestir e higiene pessoal, dificuldades ao nível da destreza manual e equilíbrio, ao mesmo tempo que reforçam a associação entre o desenvolvimento motor e o cognitivo (Hartman et al., 2010; Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher, 2010). De facto, crianças em idade escolar, com DID, manifestam dificuldades ao nível da performance motora, especialmente na capacidade de controlo de objetos e nas funções executivas, apresentando a hipótese de que um pobre controlo motor parece resultar em défices nas funções executivas, e vice-versa, o que sustenta a pertinência de intervenção precoce nesta população (Hartman et al., 2010).

A nível emocional e comportamental, indivíduos com DID apresentam dificuldade no controlo da impulsividade e no controlo de comportamentos agressivos e autodestrutivos (Burack et al., 1998; Poppes et al., 2010; WHO, 2007). Relativamente ao auto-conceito, a literatura afirma que indivíduos com DID apresentam uma auto-imagem irrealista e uma valorização excessiva e desadequada de competências, manifestando, simultaneamente, imaturidade, baixa motivação e baixa tolerância à frustração (Burack et al., 1998; Popovici e Buica-Belciu, 2013).

Apesar da heterogeneidade das manifestações, as pessoas com DID também podem apresentar outras comorbilidades, tais como epilepsia, problemas de comportamento, paralisia cerebral, deficiência sensorial, perturbações no âmbito da saúde mental, perturbação do espectro do autismo (PEA), que requerem especial atenção para a planificação da intervenção (Ke e Liu, 2015; WHO, 2007). Existem, ainda, condições físicas características de cada perturbação, que podem surgir devido a causas orgânicas, metabólicas ou alterações cromossómicas (Hove e Havik, 2010; Ke e Liu, 2015; WHO, 2007).

No que concerne ao comportamento adaptativo, importa ter em atenção, antes de mais, a pertinência que o mesmo assume para o indivíduo. Tendo por base a literatura pode afirmar-se que este é a condição imprescindível para a integração e manutenção do indivíduo na sociedade/meio/contexto em que se encontra (Luckasson et al., 2002; Santos e Morato, 2012c). De facto, este diz respeito a todos os comportamentos observáveis e desejáveis que o indivíduo deve apresentar de modo a poder participar ativamente na sociedade, através da utilização de recursos pessoais e sociais (Santos e Morato, 2012c; Schalock et al., 2010). Os profissionais de saúde cujo âmbito de atuação

incide na avaliação do comportamento adaptativo devem ter como orientação o facto de que este não se resume, apenas, a competências académicas-escolares, englobando prioritariamente as atividades da vida diária dos indivíduos, as exigências da mesma e a forma como este as resolve (Santos e Morato, 2012c). Tendo em atenção tudo isto, facilmente se depreende que limitações ao nível do comportamento adaptativo terão repercussões na vida diária do indivíduo e nas atividades associadas à mesma (Thompson et al., 2004, 2009). Dificuldades ao nível da autonomia individual descritas por Hartman et al., (2010) tais como vestir e higiene pessoal são exemplos de limitações ao nível do comportamento adaptativo, especificamente no domínio prático (Santos e Morato, 2012b). A linguagem e os seus componentes também manifestam limitações (Burack et al., 1998; Schuit et al., 2011). A (falta de) responsabilidade, auto-estima e o cumprimento de regras repercutem-se a nível das alterações comportamentais e ao nível do auto-conceito e auto-imagem, entre outros (Burack et al., 1998; Poppes et al., 2010; Popovici e Buica-Belciu, 2013; WHO, 2007).

Remetendo para o contexto da Instituição, a estagiária realizou intervenção psicomotora com 9 clientes com DID, sendo que 2 apresentam co-morbidade com Trissomia 21, e 1 tinha o Síndrome Alcoólica Fetal, pelo que importa caracterizá-las no sentido de compreender qual o contributo da Intervenção Psicomotora nas mesmas. De referir que a população-alvo manifesta as dificuldades descritas pela literatura, também, ao nível do comportamento adaptativo. Analisando especificamente, verificam-se limitações em todos os fatores psicomotores: na tonicidade, está presente a hipertonia e a hipotonia, verificando-se, ainda, limitações na marcha (andar em bicos de pés, deslocar-se lentamente e marcando o passo); no equilíbrio, todas as atividades que requerem o recurso a este fator são marcadas por medo, ansiedade e uma elevada tensão muscular; na lateralidade, predomina a indefinição da mesma assim como desconhecimento/dificuldades no reconhecimento da direita/esquerda; ao nível da noção do corpo, a maioria do grupo reconhece partes mais básicas (braço, perna, nariz), o que não acontece relativamente a aspetos mais específicos (cotovelo, calcanhar, tornozelo); na estruturação espaço-temporal, predomina a ausência de noção de ritmo, com exceção de um cliente, que apresenta uma noção de ritmo acima do esperado, que facilita a realização das atividades planeadas; todos apresentam dificuldades ao nível da organização espacial; todas as dificuldades inerentes aos clientes repercutem-se igualmente em dificuldades ao nível da praxia global e da praxia fina, sendo que apenas uma cliente aprecia atividades que requerem o recurso à praxia fina; ao nível da linguagem, todos os clientes manifestam dificuldades, sendo que apenas uma pequena

minoria é capaz de comunicar de forma oral, ainda que com muitas dificuldades e emitindo apenas palavras soltas.

Ainda ao nível da caracterização da população, importa ter em atenção que estes apresentam, ainda, várias dificuldades ao nível da atenção, concentração e memória, sendo capazes de se manter numa atividade apenas por pequenos períodos de tempo. Observam-se, também, dificuldades ao nível da autonomia pessoal em todos os indivíduos.

Apesar da heterogeneidade do grupo, observa-se uma homogeneidade ao nível da gravidade da sintomatologia, atendendo a que a estagiária realizou intervenção com o grupo menos autónomo.

2.2 Trissomia 21

A Trissomia 21 (T21) é a síndrome genética mais comum (Meneghetti, Blascovi-Assis, Deloroso e Rodrigues, 2009). No entanto, a sua etiologia apenas foi identificada em 1959 pelo médico francês Jerome Lejeune (Meneghetti, et al, 2009), sendo apenas descrita na literatura científica como uma condição específica em 1866 (EDSA, 2016).

A T21 é causada pela presença parcial ou completa de uma cópia do cromossoma 21, apresentando-se, assim, uma trissomia, e decorrendo alterações a nível físico e intelectual nos seus portadores (Fillat et al., 2014; Meneghetti, et al, 2009; Moreira, El-Hani, e Gusmão, 2000; Wiseman et al., 2015; Zemel et al., 2015). Esta trissomia pode resultar de três processos (Alves e Oliveira, 2011; Prado, Mestrinheri, Frangella, e Mustacchi, 2009): o mais comum (95% dos casos) é a situação descrita anteriormente - presença de um cromossoma 21 extra, devido à falta de separação durante a meiose, resultando 24 cromossomas (vs. 23 expectáveis); a translocação (3% dos casos) em que o cromossoma 21 extra se aglomera a outro cromossoma (com tendência para o grupo 13-15 e, menor frequência, ao grupo 21-22 (Frank e Esbensen, 2014; Prado et al., 2009; Silva e Dessen, 2002; Siqueira, 2006); por último, e em 2% dos casos, o mosaïcismo (Prado et al., 2009; Siqueira, 2006), com a não disjunção do cromossoma 21 durante o processo da mitose (Silva e Dessen, 2002; Siqueira, 2006).

No que concerne à prevalência, a evolução dos cuidados de saúde e o aumento do acesso aos mesmos conduziram a um aumento da esperança média de vida dos indivíduos com T21, o que pode justificar, em parte, o aumento da prevalência global de T21 (Freire, Melo, Hazin e Lyra, 2014; Wiseman et al., 2015). Em termos genéticos, a T21 é referida como a forma mais comum de dificuldades intelectuais (25-30%), numa razão de 1:700 a 1:1000 nascidos vivos (Faria et al, 2014; Freire, Duarte e Hazin, 2012; Freire et al., 2014; Grouios e Ypsilanti, 2011).

2.2.1 Etiologia

De acordo com a literatura, vários fatores podem contribuir para a ocorrência de T21 (Silva e Dessen, 2002), sendo que um dos mais abordados é a idade dos progenitores, nomeadamente a idade materna (único fator universalmente reconhecido e comprovado cientificamente, até ao momento) (Alves e Oliveira, 2011; Freire et al., 2014; Matos, Santos, Pereira e Borges, 2007; Silva e Barreto, 2012). No caso da mãe, a literatura refere que mulheres com idade superior a 35 anos apresentam maior probabilidade de gerar bebés com T21 (EDSA, 2016; Matos et al., 2007; Nakadonari e Soares, 2006; Silva e Dessen, 2002), o que pode ser explicado pelo envelhecimento dos ovócitos e pela menor capacidade de aborto espontâneo de zigotos anormais (Nakadonari e Soares, 2006; Silva e Barreto, 2012). Relativamente à idade paterna, a literatura aponta para risco de geração de filhos com T21 em homens com idade superior a 55 anos, sendo importante reter que em 95% dos casos a T21 tem origem materna (Nakadonari e Soares, 2006).

Outros sinais a que se deve atentar envolvendo a idade materna superior a 35 anos é a existência de filho anterior com T21 (Sousa, Alberman, e Morris, 2009), assim como a presença, num dos progenitores, de translocação cromossómica 21, diagnóstico de malformações fetais (ultrassonografia), alterações nos testes de triagem pré-natais e a análise do cariótipo (Carvalho, Campos, e Crusoé-Rebello, 2010; Siqueira, 2006; Sommer e Henrique-Silva, 2008), entre outros.

O diagnóstico de T21 pode ser realizado através de vários exames, nomeadamente amniocentese, exame de sangue e ultrassonografia (observação de alterações fenotípicas e outras características, sendo fundamental realizar diagnóstico diferencial atendendo a que algumas das características não são exclusivas à T21) (Alves e Oliveira, 2011; Silva e Dessen, 2002). Importa referir que tanto o exame de sangue como a ultrassonografia não constituem técnicas invasivas para o feto, apresentando uma grande capacidade em detetar T21 (Nakadonari e Soares, 2006).

2.2.2 Características

A presença de T21 acarreta alterações globais no processo de desenvolvimento (Freire et al., 2014). Indivíduos com T21 apresentam um fenótipo cognitivo e neurocomportamental (áreas fortes e fracas) específico assim como limitações cognitivas generalizadas (Freire et al., 2012; Grieco, Pulsifer, Seligsohn, Skotko e Schwartz, 2015; Roberts e Richmond, 2014). No entanto, devido à sua neuroanatomia, indivíduos com T21 apresentam um fenótipo distinto em relação a indivíduos com DID semelhante (Grieco et al., 2015).

De acordo com a literatura, o desenvolvimento de crianças com T21 é heterogêneo, i.e., a aquisição de competências varia de criança para criança quanto ao momento de aquisição, sendo possível encontrar crianças mais competentes em determinadas tarefas, enquanto crianças na mesma faixa etária apresentam competências em outras tarefas (Frank e Esbensen, 2014). No entanto, importa ter em atenção que numa fase inicial do desenvolvimento não se observam grandes disparidades entre crianças com e sem T21, aumentando essa discrepância à medida que as capacidades a adquirir se tornam mais complexas (Frank e Esbensen, 2014; Grieco et al., 2015), o que reforça a pertinência da intervenção precoce e a análise do perfil de indivíduos com T21 (Frank e Esbensen, 2014).

A um nível global, pode afirmar-se que indivíduos com esta condição apresentam alterações nos diversos domínios do desenvolvimento: físico, mental, social e emocional (Fidler, Most, e Philofsky, 2008; Frank e Esbensen, 2014).

Ao nível do fenótipo, os indivíduos com T21 apresentam alterações como: face e região occipital achatadas, fendas palpebrais estreitas e oblíquas, pregas cutâneas extra nos cantos dos olhos, nariz em sela pequeno, deformidades nas orelhas, braquicefalia, pescoço curto e achatado, boca pequena (podendo ocorrer projeção da língua), estatura pequena, e mãos e pés pequenos e largos (Alves e Oliveira, 2011; Carvalho et al., 2010; Castro e Pimentel, 2009; Silva e Barreto, 2012).

A nível motor, indivíduos com T21 apresentam um atraso significativo (Alves e Oliveira, 2011), manifestando menor peso à nascença, um crescimento posterior mais lento e baixa estatura na primeira infância, assim como hipotonia, disfunções no controlo postural e dificuldades na coordenação motora e na integração sensório-motora, o que conduz a alterações no padrão de desenvolvimento (Alves e Oliveira, 2011; Siqueira, 2006; Prado, et al., 2009; Silva e Dessen, 2002; Zemel et al., 2015). O desenvolvimento mais tardio tem implicações no comportamento dos indivíduos com T21, caracterizado pela realização de comportamentos repetitivos e estereotipados, assim como desorganizados e impulsivos, o que por sua vez dificulta a exploração do meio envolvente e a aquisição de informação sobre o mesmo (Alves e Oliveira, 2011). A este nível importa ainda referir o estudo de Frank e Esbensen (2014), no qual se verificou a inexistência de diferenças significativas entre crianças com e crianças sem T21 aquando da aquisição de competências de praxia fina, escrita, alimentação e higiene. No entanto, estas diferenças tornaram-se significativas à medida que aumentava o grau de dificuldade das competências a adquirir (Frank e Esbensen, 2014), o que justifica a pertinência de analisar o perfil cognitivo de indivíduos com T21.

A presença de DID é a característica observada com maior frequência em indivíduos com T21 (Silva e Dessen, 2002; Siqueira, 2006), verificando-se a presença de microcefalia e decréscimo do peso total do cérebro, menor número de neurónios comparativamente à população geral, alterações ao nível do sistema nervoso e medula, deficiências específicas em áreas cerebrais responsáveis pelas capacidades auditivas, visuais, memória e linguagem, que influenciam o desenvolvimento cognitivo (Alves e Oliveira, 2011; Freire et al., 2014; Lott e Dierssen, 2010; Prado, et al., 2009; Siqueira, 2006). De facto, um dos aspetos que mais caracteriza a T21 é a desaceleração no desenvolvimento do sistema nervoso central, sendo o tamanho do cérebro reduzido, em especial o lobo frontal (área responsável pelo pensamento abstrato, linguagem, comportamento), tronco cerebral (área responsável pela atenção e vigia) e o cerebelo (área responsável pelo controlo motor) (Freire et al., 2014), o que permite compreender as dificuldades encontradas a nível cognitivo e linguagem, assim como a nível motor e comportamental.

Nestes indivíduos, observa-se a presença de um fenótipo cognitivo caracterizado por défices específicos nos processos de aprendizagem e memória (dependentes do hipocampo) (Freire et al., 2012; Roberts e Richmond, 2014), nomeadamente ao nível da morfossintaxe, da memória verbal de curto prazo e da memória explícita de longo prazo, apesar da memória visuo-espacial de curto prazo, a aprendizagem por associação e as funções da memória implícita de longo prazo estarem preservadas (Lott e Dierssen, 2010). No entanto, ao contrário do que acontece com os adultos com T21, não existe ainda um suporte empírico robusto acerca da forma como estes processos se desenvolvem em crianças com T21, aspeto que conduziu Roberts e Richmond (2014), à comparação de crianças pré-escolares com e sem T21 ao nível das capacidades de memória e de aprendizagem. Os autores não encontraram diferenças entre os dois grupos em estudo, apresentando a hipótese de que as dificuldades se desenvolvem progressivamente com a idade, reforçando, assim, a intervenção precoce (Alves e Oliveira, 2011; Celestino, Pereira e Barela, 2011; Roberts e Richmond, 2014), o que está de acordo com o estudo de Frank e Esbensen (2014) referido anteriormente.

No que concerne à linguagem, também se observa um comprometimento significativo (Freire et al., 2012; Silva e Dessen, 2002), com alterações na idade de aparecimento da linguagem verbal e da sua qualidade ao longo do tempo (Siqueira, 2006). De facto, a literatura aponta para limitações na aprendizagem (Siqueira, 2006). Ao contrário do que acontece com pré-escolares, crianças com T21 em idade escolar manifestam um maior desvio no seu desenvolvimento: emergem dificuldades nas

capacidades verbais, que se mantêm na trajetória de vida; no entanto, as capacidades não-verbais desenvolvem-se adequadamente constituindo, juntamente com a capacidade de memória, um ponto forte em crianças com T21 face às capacidades verbais; simultaneamente, a capacidade de aprendizagem visual também é mais forte do que a capacidade de aprendizagem verbal, o que está de acordo com o facto de a capacidade não-verbal ser superior à capacidade verbal (Freire et al., 2012; Grieco et al., 2015). Por outro lado, verifica-se um atraso da linguagem expressiva comparativamente à capacidade de compreensão (Grieco et al., 2015); no entanto, Alves e Oliveira (2011) afirmam que uma percentagem significativa de indivíduos com T21 é capaz de recorrer à linguagem como meio de comunicação, sendo igualmente capaz de compreender as regras inerentes à conversação. Ainda relativamente ao perfil cognitivo, a literatura aponta para défices na capacidade de atenção e nas funções executivas, observados na infância e manifestando maior grau de severidade ao longo da vida do indivíduo (Grieco et al., 2015).

De acordo com a literatura, indivíduos com T21 apresentam um desenvolvimento social que pode ser considerado adequado, mesmo com as dificuldades na linguagem oral que caracterizam esta população, apresentando, inclusive, maior empatia e transmitindo maior número de sinais emocionais positivos comparativamente a indivíduos portadores de outras deficiências (Freire et al., 2012). De facto, apresentam vários pontos fortes, nomeadamente a sua motivação social e a sua capacidade de resposta ao reforço positivo, o que facilita a sua aprendizagem social; a afetividade e a postura alegre também são uma constante (Grieco et al., 2015; Silva e Dessen, 2002). O comportamento de indivíduos com T21 é pautado, ainda, pelo uso de gestos como principal meio de comunicação, que facilitam a transição de ações motoras para a linguagem falada assim como facilitam a sua interação social (Freire et al., 2012).

Na adolescência, apresentam comportamentos de externalização que podem tornar-se problemáticos, verificando-se a emergência de comportamentos de internalização com a maturidade (Grieco et al., 2015). Verificam-se, ainda, alterações no funcionamento emocional e comportamental na idade adulta, que se encontram associadas a neurodegeneração (Grieco et al., 2015). Quanto a relações pessoais, a percentagem de indivíduos com T21 com histórico de relacionamento amoroso é baixa, podendo derivar da postura de desincentivo dos progenitores e profissionais de saúde (Silva e Dessen, 2002).

Ao nível do comportamento adaptativo de indivíduos com T21, torna-se pertinente analisar os resultados a nível nacional (Santos e Morato, 2012c). A amostra foi constituída por indivíduos com e sem DID, com T21 e multideficiência verificando-se que:

- indivíduos com T21 apresentam menor pontuação nos domínios autonomia, desenvolvimento físico, atividade doméstica, atividade pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização comparativamente a indivíduos com DID ligeira; no entanto, apresentam resultados superiores aos outros grupos (com exceção dos indivíduos sem DID);
- indivíduos com T21 apresentam menor pontuação face a indivíduos com DID ligeira e a indivíduos com DID moderada nos domínios atividade económica, desenvolvimento da linguagem e números e tempo; no entanto, apresentam resultados superiores aos outros grupos (com exceção dos indivíduos sem DID);

Nos domínios da parte II da ECAP, verificou-se que:

- indivíduos com T21 apresentam maior desajustamento, i.e., pontuações mais elevadas, nos domínios comportamento social, conformidade, comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual e comportamento interpessoal perturbado, comparativamente a indivíduos com DID ligeira; importa referir que nos domínios comportamento social e comportamento interpessoal perturbado, indivíduos com T21 apresentam maior desajustamento também em relação ao grupo de indivíduos com DID moderada;
- indivíduos com T21 apresentam menor desajustamento comparativamente aos outros grupos (com exceção dos indivíduos sem DID) nos domínios merecedor de confiança, comportamento auto-abusivo e ajustamento social, sendo que este último apresenta uma grande discrepância face aos outros grupos.

Estes resultados vão ao encontro de Schalock et al. (2010), que referem que indivíduos com T21 podem ser autónomos e independentes e exercer a sua capacidade de autodeterminação. Ainda ao nível da caracterização de indivíduos com T21, a literatura aponta para dificuldades ao nível dos reflexos (e.g.: sucção e deglutição – Freire et al., 2014; Silva e Dessen, 2002). A dentição surge com atraso, manifestando irregularidades e falhas (Prado, et al., 2009; Siqueira, 2006), havendo elevada prevalência de problemas cardíacos congénitos (Faria et al., 2014; Prado, et al., 2009), infeções respiratórias, malformações congénitas e leucemia (em menor prevalência - Silva e Dessen, 2002). A nível nutricional, indivíduos com T21 manifestam maior vulnerabilidade, resultantes das suas características metabólicas (Prado et al., 2009), com alterações ao nível dos órgãos internos (e.g.: glândula tiroide, fígado, estômago,

pâncreas, rins e glândula suprarrenal, vesícula biliar e intestinos delgado e grosso (Prado et al., 2009).

No que concerne a comorbilidades com T21, estes indivíduos apresentam um perfil congénito e funcional que os predispõe ao desenvolvimento de Apneia do Sono Obstrutiva, a qual interfere ao nível da saúde e desenvolvimento dos mesmos (Goffinsky et al., 2015). Simultaneamente, verifica-se, nas crianças, um elevado risco de desenvolvimento de leucemia aguda infeções e doenças auto-imunes (Carsetti et al., 2015; Roncadin et al., 2015), assim como um elevado risco de desenvolvimento, em adultos, de Doença de Alzheimer, Neuroses, Perturbações de Conduta e Esquizofrenias, sendo um dos temas mais atuais a questão do duplo diagnóstico (Fletcher, Loschen, Stavrakaki e First, 2007; Grieco et al., 2015; Lott e Dierssen, 2010; Matson e Laud, 2007; Siqueira, 2006; Wiseman et al., 2015). No entanto, comparativamente a outras crianças com DID, crianças com T21 apresentam menor risco de desenvolvimento de psicopatologia, devendo ter-se em atenção que os pais das mesmas relatam menores níveis de *stress* assim como a presença de uma postura mais positiva perante a vida (Grieco et al., 2015).

Na correlação com os dois clientes (do grupo com menor autonomia) com quem a estagiária interveio no âmbito da intervenção psicomotora, verifica-se, de um modo geral, a presença de algumas das características apontadas: dificuldades cognitivas (memória, atenção, concentração, raciocínio, capacidades de associação), limitações na linguagem (marcada por ausência de discurso, e realizada por gestos e expressões faciais); a nível motor, é visível a hipotonia de um dos casos e hipertonia em outro, verificando-se, em ambos, dificuldades ao nível de todos os fatores psicomotores; os clientes manifestam dificuldade face ao cumprimento de regras quando o foco de atenção se encontra numa atividade de interesse pessoal, assim como baixa tolerância à frustração; simultaneamente, são afetuosos, não manifestando dificuldades ao nível do estabelecimento de relações interpessoais (apresentam capacidade de interação com indivíduos que contactam pela primeira vez, assim como com todos os profissionais que realizam funções na instituição). Num dos casos observa-se, ainda, uma forte necessidade de contacto físico.

De um modo global, importa ter em atenção que as características inerentes a indivíduos com T21 apresentam maior evidência com a idade, o crescimento físico e a maturidade (Alves e Oliveira, 2011). No entanto, importa de igual forma atentar no facto de que as implicações da presença de um cromossoma 21 extra variam ao longo da vida do indivíduo (Roberts e Richmond, 2014).

2.3 Síndrome Alcoólica Fetal

Tendo caracterizado a DID e a T21, é o momento de abordar a Síndrome Alcoólica Fetal, que constitui, tal como as anteriores, uma patologia presente nos clientes da Instituição (n=1). Ao longo do século XX, vários estudos foram publicados acerca das consequências resultantes da exposição pré-natal ao álcool. A primeira referência foi realizada por Jacqueline Rouquette, em 1957 e 11 anos mais tarde, em 1968, Paul Lemoine publicou um estudo sobre 127 crianças com características relacionadas com esta exposição. Em 1973, pesquisadores em Seattle publicaram um estudo com resultados similares e denominaram esta perturbação de Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) (Hoyme et al., 2005).

A exposição pré-natal ao álcool exerce efeitos negativos no desenvolvimento e no funcionamento posterior do Sistema Nervoso Central, sendo que as dificuldades/deficiências provocadas pela mesma fazem parte da Perturbação Neurocomportamental associada à exposição ao álcool in útero (APA, 2013). De facto, o cérebro é o órgão mais suscetível aos efeitos nefastos da exposição pré-natal ao álcool, responsável pela emergência de perturbações, permanentes, a nível neurológico, comportamental, desenvolvimental e intelectual (Momino, Sanseverino e Schüller-Faccini, 2008).

Desta forma, a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) constitui uma síndrome emergente em resultado do consumo de álcool por parte da progenitora, durante a gravidez, caracterizada por uma restrição do crescimento e desenvolvimento da criança, alterações comportamentais e características faciais específicas (Ramalho e Santos, 2015; Segre et al., 2010).

2.3.1 Etiologia

No que diz respeito à etiologia, a SAF é causada pela ingestão continuada de bebida alcoólica por parte das gestantes, constatando-se a existência de 33% de crianças com SAF nascidas de mães que consumiram 150 gramas de álcool por dia (Oliveira e Simões, 2007): mães que consomem álcool, ainda que de forma moderada, durante a gravidez e amamentação, expõem as crianças ao risco de desenvolvimento atípico assim como emergência de patologias (Nascimento, Almeida, Souza, Lima e Santos, 2007; Ramalho e Santos, 2015). Os autores explicam que a mãe, ao ingerir álcool (via oral), vai transferir para o feto, através da placenta (via endovenosa), o mesmo teor alcoólico, levando à intoxicação no sangue fetal, em consequência da lentidão do

metabolismo e dos processos de eliminação, implicando que o líquido amniótico permaneça imbuído de álcool rico em acetaldeído (Fiorentin e Vargas, 2006).

Garcia, Rossi e Giacheti (2007), afirmam que as causas da SAF apresentam um caráter ambiental, defendendo, que o “grau de severidade” resulta da combinação da ingestão de álcool pela mãe, com outros fatores de risco, nomeadamente: quantidade de álcool, frequência de consumo, período de gestação, idade materna, aspetos genéticos, nutricionais e físicos da mãe, o consumo de tabaco e drogas, fatores socioeconómicos, psicológicos e familiares, e a tolerância da mãe e do feto face aos possíveis danos causados pelo álcool. Apesar da evidência clara dos efeitos nefastos do álcool no feto, ainda não foi definido um limite de consumo de álcool considerado aceitável durante a gravidez, pelo que as indicações às gestantes vão no sentido de completa abstinência de álcool (Nascimento et al., 2007).

2.3.2 Caracterização

A nível clínico, a SAF apresenta três características fenotípicas base, subdivididas em outros sintomas, nomeadamente (Garcia et al., 2007; Hoyme et al., 2005; Momino et al., 2008; Nascimento et al., 2007; Ramalho e Santos, 2015):

1) níveis de desenvolvimento pré e/ou pós natal inferiores à média (peso, estatura ou circunferência craniana menor que o percentil 10 para a idade gestacional);

2) comprometimento do Sistema Nervoso Central (SNC), alterações neurológicas, DID (perturbações da aprendizagem e do comportamento, défice de memória e atenção, hiperatividade, impulsividade e agressividade); e

3) dismorfias craniofaciais (microcefalia, microftalmia, micrognatia e lábio superior fino).

Atendendo à literatura, a ocorrência de SAF prejudica o desenvolvimento global do indivíduo assim como a sua qualidade de vida, uma vez que interfere nos vários domínios que caracterizam o ser humano (APA, 2013; Doney et al., 2014; Lucas et al., 2014; Ramalho e Santos, 2015):

- Desempenho intelectual global (QI): défice significativo ou défices neurocognitivos em qualquer das seguintes áreas: função executiva, aprendizagem, memória e/ou raciocínio visuoespacial;
- Capacidade de Auto-regulação: dificuldade na regulação do humor ou do comportamento, défice de atenção e/ou défice no controlo de impulsos;
- Comportamento Adaptativo: dificuldades na comunicação, nas interações sociais e défices nas atividades da vida diária;

- Capacidade motora: capacidades de praxia fina complexas (e.g.: a integração visuo-motora) apresentam alterações com maior frequência, comparativamente em tarefas de praxia fina mais simples (e.g.: preensão); simultaneamente, verifica-se uma associação significativa entre exposição pré-natal ao álcool e défices ao nível do equilíbrio e coordenação motora.

O diagnóstico da SAF é realizado entre os 2 e os 11 anos de idade, atendendo que é nesta altura que as alterações faciais se tornam mais evidentes, bem como os comportamentos resultantes das alterações no SNC (Mesquita e Segre, 2009): diminuição do funcionamento intelectual global e de capacidades académicas, dificuldades na capacidade de aprendizagem verbal, memória espacial, raciocínio, atenção, linguagem, tempo de reação, equilíbrio e outras capacidades cognitivas e, ainda, dificuldades motoras, comportamentais e relacionais, o que, em conjunto, afeta de forma negativa e significativa o desempenho escolar e o desenvolvimento social da criança (Ramalho e Santos, 2015). De facto, e de acordo com o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (2000), estas dificuldades manifestam uma severidade acrescida, atendendo ao seu carácter permanente durante todo o ciclo vital, referindo-se o caso das competências sociais – as dificuldades experimentadas na infância agravam-se ao longo da adolescência e idade adulta, podendo culminar, inclusive, num aumento da prevalência de doenças mentais, nestes indivíduos.

O diagnóstico de SAF implica a realização de uma Anamnese da criança e a história clínica da mãe, para a identificação das características faciais e neurodesenvolvimentais, e das outras condições clínicas mencionadas (Pinho, Pinto, e Monteiro, 2006). Ainda ao nível do diagnóstico importa ter em atenção que este assume um carácter essencial quer ao nível da prevenção primária (prevenção do nascimento de crianças com SAF) quer ao nível da prevenção secundária (redução das deficiências de crianças já expostas ao álcool na fase pré-natal) (Ramalho e Santos, 2015).

Apesar de ser irreversível, esta síndrome pode ser prevenida, através da abstinência da bebida alcoólica por parte da gestante, ainda que este comportamento não seja facilmente concretizado (Nascimento et al., 2007; Ramalho e Santos, 2015).

Na instituição existe um cliente diagnosticado com SAF, sendo visível as características inerentes à presença desta síndrome, nomeadamente: DID, dificuldades de aprendizagem, baixo peso e estatura, escoliose e dismorfias craniofaciais, hipertonia, marcha marcada e na ponta dos pés, tiques, discurso pobre, não sendo capaz de elaborar uma frase completa. O cliente é afetuoso e capaz de estabelecer relações interpessoais, manifestando baixa tolerância à frustração.

A nova perspectiva face às populações com DID, mais funcional, considera o impacto da qualidade de interação entre a pessoa e o seu envolvimento, bem como o tipo de apoios necessários (Santos e Morato, 2012), pelo que a intervenção psicomotora poderá ser um dos apoios a implementar (Valente, Santos e Morato, 2011) em contexto institucional (i.e.: Nuclisol).

3 Intervenção psicomotora na Nuclisol Jean

Piaget – Vila Real

A intervenção psicomotora da estagiária na Unidade de Desenvolvimento Integrado de Vila Real foi desenvolvida essencialmente em três contextos diferentes, nomeadamente em contexto de sala, em meio aquático e em contexto hípico, pelo que em seguida, proceder-se-á à sua breve caracterização, iniciando-se este capítulo por uma abordagem breve à intervenção psicomotora propriamente dita.

3.1 A Psicomotricidade e a Intervenção Psicomotora

A Psicomotricidade pode ser definida como a ciência que objetiva o estudo do ser humano através do seu corpo em movimento, estudando as relações e influências mútuas que existem entre o corpo, psiquismo e motricidade, analisando a ação do indivíduo no seu mundo interno e externo, em diferentes momentos temporais e nas variadas e complexas manifestações biopsicossociais, afetivo-emocionais e psico-socio-cognitivas (Almeida, 2013; APP, 2011; Beck, et al, 2004; Bueno, 2014; FEP, 2016; Fonseca, 2010; Ribeiro e Bezerra, 2015).

Fonseca (2005; 2010) defende a conceção triárquica de Psicomotricidade, como sendo multicomponencial, multiexperencial e multicontextual, incluindo a tomada de consciência uma vez que se refere aos movimentos que o indivíduo realiza e sobre os quais pensa, o que reflete a passagem de regulações automáticas para regulações ativas/intencionais (Pereira e Calsa, 2014).

Uma das características essenciais da Psicomotricidade é o enfoque atribuído ao corpo e motricidade, considerados como uma componente central do comportamento humano e respetiva evolução (Fonseca, 2010; Matias, 2005). A motricidade é definida como o conjunto de manifestações e revelações mentais, intelectuais e corporais que envolvem as suas funções, como as funções tónicas, posturais, somatognósicas e práxicas (Fonseca, 2004; Fonseca, 2005); é definida, também, como o domínio do corpo,

agilidade, destreza, locomoção, ou seja, a capacidade do indivíduo para se movimentar de forma voluntária (Bueno, 2014).

Já o psiquismo é definido como o funcionamento mental do indivíduo, que tem como função a integração de sensações, percepções, emoções, afetos, aspirações, medos e simbolizações, integrando, simultaneamente, a complexidade dos processos relacionais e sociais e todos os processos cognitivos (e.g.: atenção e o processamento), e sensoriais (Fonseca, 2004; Fonseca, 2005). O corpo aparece como o primeiro fator de estruturação e de comunicação (Carvalho, 2005), assumindo o papel de sujeito e objeto de intervenção, tendo a função de preparar a pessoa e as suas competências para a utilização adequada das suas capacidades, sob a índole da relação pedagógico-terapêutica (Carvalho, 2005).

Assim, e tendo por base Fonseca (2010), a mente humana não pode ser concebida como algo independente do corpo e do cérebro, pelo que a motricidade humana passa a ser entendida e estudada como uma resposta adaptativa, que está na origem da sobrevivência, da evolução da espécie e da sua cultura (Fonseca, 2010). Por tudo isto, a Psicomotricidade é considerada uma ciência estruturada em diversas áreas do conhecimento, que se dispõe a desenvolver as faculdades expressivas e intelectuais do Homem através do movimento (Fonseca, 2001). Consiste numa intervenção por mediação corporal, expressiva e lúdica, na qual se trabalham expressões motoras inadequadas que podem derivar de problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem ou de questões psicoafetivas (APP, 2011; Beck et al, 2004; Reis, 2008).

A intervenção psicomotora proporciona ao indivíduo a possibilidade de se conhecer a si próprio e aquilo que o rodeia, i.e., pretende equilibrar e promover o potencial motor, cognitivo, afetivo e relacional do indivíduo (Matias, 2005; Reis, 2008); permite ao indivíduo experienciar, novamente o prazer sensório-motor, através do movimento e da regulação tónica, promovendo, assim, a estruturação da simbolização e a adaptação aos diferentes contextos de vida (Martins e Naia, 2006). Assim, e com base numa organização de atividades orientadas para o desenvolvimento das capacidades do indivíduo nos vários domínios, e com base na utilização de instrumentos específicos nomeadamente o corpo, o espaço e o tempo, este tipo de intervenção torna-se bastante eficaz e adaptada (Matias, 2005).

A intervenção psicomotora, como prática de mediação corporal, visa o desenvolvimento psicomotor através do movimento e da regulação tónico-emocional, para a funcionalidade diária e para a adaptação ao contexto, promovendo a elaboração e

execução motora e comportamental (Fonseca, 2001). O foco centra-se na qualidade da relação (Boscaini, 2003), numa perspectiva sistémica da pessoa, (Santos e Morato, 2012c).

A literatura aponta para a existência de duas **sub-áreas** (Fonseca, 2010):

- **Psicomotricidade Instrumental:** caracterizada pelo enfoque atribuído à relação existente entre o indivíduo e o seu envolvimento, objetivando a exploração sensoriomotora, valorizando o princípio da intencionalidade e da consciencialização da ação; é um tipo de intervenção que tem em atenção as características do envolvimento e os objetos que constituem o mesmo e existe um planeamento de atividades mais rigoroso, pelo que o indivíduo está sujeito ao limite de tempo atribuído por atividade (Martins, 2001); e

- **Psicomotricidade Relacional** caracterizada pelo enfoque atribuído ao corpo baseando-se na mediação corporal, considerando que o indivíduo, através do movimento e da regulação tónica, constrói e/ou reorganiza os processos simbólicos (Costa, 2008; Vieira, 2014), este tipo de intervenção baseia-se nas relações entre cliente-psicomotricista e cliente-pares, organizando espaços lúdicos de aprendizagem (Almeida, 2013; Vieira, 2014); nesta vertente, o psicomotricista atua como mediador: promove o envolvimento da pessoa na atividade, desenvolvendo os objetivos terapêuticos e/ou educacionais (Almeida, 2013), numa abordagem preventiva e numa perspetiva qualitativa, colocando o foco na saúde e não na doença (Vieira, 2014); é uma intervenção que permite que a pessoa expresse e supere conflitos relacionais associados a fatores psicoafectivos e relacionais (Vieira, 2014).

Independentemente da sub-área em questão, a intervenção psicomotora encara o indivíduo na sua unidade, e tem como objetivo global a promoção da autonomia do indivíduo, objetivando, a médio e longo prazo, a melhoria da sua qualidade de vida (Bueno, 2014; Nicola, 2004; Pereira, 2004; Reis, 2008).

Relativamente à **população-alvo**, a intervenção psicomotora destina-se a indivíduos com dificuldades de índole corporal (desarmonias tónico-emocionais, instabilidade corporal, perturbações do esquema e imagem corporais, da lateralidade e da estruturação espacial e temporal, assim como dispraxias e problemas psicossomáticos); dificuldades de índole relacional (dificuldades de comunicação e de contacto, inibição, instabilidade psicomotora e agressividade) e de índole cognitiva (défices de atenção, de memória e de organização perceptiva, simbólica e concetual) (APP, 2011; Beck et al, 2004).

No que concerne ao **contexto de atuação**, a intervenção psicomotora pode ser desenvolvida em contextos clínicos, hospitalares, educativos e sociais (APP, 2011; Beck et al, 2004), podendo apresentar três **vertentes** diferentes (APP, 2011; Bueno, 2014; Mello, 1989; Nicola, 2004): **Preventiva ou Educativa**: com o objetivo de estimular o desenvolvimento psicomotor, a aprendizagem e a melhoria e/ou manutenção da autonomia nas diferentes fases da vida; **Reeducativa**: quando se verifica a existência de comprometimento do desenvolvimento e da aprendizagem; e - **Terapêutica**: quando existe necessidade de ultrapassar problemáticas a nível psico-afetivo que dificultam adaptação do indivíduo;

Relativamente à experiência de estágio, foram desenvolvidas funções nas três vertentes referidas: com crianças com idade inferior a 24 meses, em idade pré-escolar e com as crianças do 1º Ciclo a nível preventivo/educativo; a nível reeducativo com duas crianças do 4º ano, com dificuldades generalizadas, estando também inseridas na Educação Especial de acordo com o decreto-lei 3/2008; a estagiária atuou, ainda, a um nível terapêutico com o grupo integrado no CAO (Centro de Atividades Ocupacionais), mais precisamente com o grupo de menor autonomia, e ainda com uma criança com epilepsia.

No que concerne ao **tipo de técnicas** utilizadas, o Psicomotricista pode recorrer (APP, 2011): relaxação terapêutica e de consciencialização corporal (reelaboração do esquema e da imagem corporal e da vivência tónico-emocional da relação); educação e reeducação gnoso-prática (desenvolvimento das competências psicomotoras e a auto-regulação do comportamento); expressivas e lúdico-terapêuticas (maior enfoque na comunicação não-verbal e na exteriorização tónico-emocional de problemáticas não suscetíveis de mediação terapêutica pela palavra); e de recreação terapêutica e atividade motora adaptada numa perspetiva de promoção da qualidade de vida.

Fazendo a ponte para o estágio, todas as técnicas mencionadas foram desenvolvidas, observando-se variações consoante o grupo-alvo e tendo por base a vertente de intervenção estipulada. Independentemente de todas as variáveis analisadas, importa ter em atenção que a intervenção psicomotora está condicionada a aspetos como o espaço físico onde decorre a sessão, assim como a duração e ritmo da mesma, todos inerentes a uma relação terapêutica adequada (Martins, 2001). De facto, este tipo de intervenção pode ser desenvolvido em diferentes **meios**, nomeadamente terrestre e aquático. Relativamente ao meio terrestre, refere-se o contexto de sala e o contexto hípico. Já em relação ao meio aquático refere-se as atividades desenvolvidas na piscina. Remetendo, novamente, para a experiência de estágio, a estagiária teve a oportunidade

de desenvolver funções nos dois meios, pelo que importa abordar, de forma sumária, as características inerentes aos mesmos.

3.2 Meio Aquático

A intervenção psicomotora desenvolvida em ambiente aquático tem por base a realização de atividades aquáticas, através de habilidades desenvolvimentais (equilíbrio, mobilidade, orientação espaço-temporal e controlo de objetos) e atividades características da Natação (flutuação, propulsão, submersão, controlo, coordenação respiratória e coordenação dos braços e pernas) (Mauerberg-deCastro, et al, 2013).

Os inúmeros benefícios da intervenção psicomotora em ambiente aquático, nas diferentes faixas etárias, encontram-se descritos na literatura (Tahara, Santiago e Tahara, 2006; Tsutsumi, Cruz, Chiarello, Junior e Alouche, 2004). De um modo global, este tipo de ambiente proporciona experiências/vivências novas e diversificadas, as quais promovem a perceção sensorial e a ação motora, assim como aspetos físicos, psicológicos, emocionais e sociais, ou seja, promovem o desenvolvimento global do indivíduo (Caputo e Costa, 2014; Frank et al., 2013; Mauerberg-deCastro, et al, 2013; Rocha et al., 2014; Tahara et al., 2006; Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007; Tsutsumi et al., 2004).

Ao nível do desenvolvimento psicomotor, verifica-se a promoção da coordenação, equilíbrio, esquema corporal, lateralidade e orientação espaço-temporal (Caputo e Costa, 2014; Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007). Especificamente, observa-se a redução do espasmo muscular, das dores, da fadiga muscular e do impacto dos exercícios sobre as articulações, assim como uma promoção do alongamento muscular, da amplitude de movimento, da resistência e força muscular, da flexibilidade e da correção postural, estando presente, ainda, uma postura preventiva ao nível da emergência de atrofias (Mauerberg-de-Castro, et al, 2013; Rocha et al., 2014; Tahara et al., 2006). Este tipo de atividades influencia positivamente, ainda, os sistemas respiratório, cardiovascular, vestibular, visual e perceptivo (Caputo e Costa, 2014; Mauerberg-de-Castro, et al, 2013; Rocha et al., 2014; Tahara et al., 2006), sendo importante referir, também, que a possibilidade de explorar o corpo em ambiente aquático assume um papel de destaque no processo de construção da representação que a criança/indivíduo desenvolve sobre si (Chicon, Sá e Fontes, 2014).

Os benefícios da intervenção em meio aquático têm por base as propriedades físicas da água, assim como a relação desta com o corpo humano, ambas favorecendo a mobilidade do indivíduo e reduzindo temporariamente o uso de objetos de apoio (e.g.: bengala, cadeira de rodas) (Rocha et al., 2014). De facto, a água torna-se facilitadora da

intervenção dado que, pelo seu efeito de flutuação, facilita a realização de movimentos mais livres, independentes, que, em ambiente terrestre, seriam difíceis de efetuar, o que culmina num aumento da auto-estima e auto-confiança assim como a realização de atividades em colaboração e o desenvolvimento da consciência corporal (Chicon et al., 2014).

Em termos de metodologia, um programa de intervenção psicomotora, com recurso a atividades em ambiente aquático e respetivos recursos, deve promover as capacidades e as potencialidades do indivíduo com dificuldades, assim como a sua autonomia e a independência, visando a promoção do seu desempenho físico, intelectual e social, o que beneficiará a vivência do indivíduo nos outros contextos em que se encontra inserido (Frank et al., 2013). No fundo, consiste numa intervenção que aglomera em si a concretização dos objetivos terapêuticos com a experiência prazerosa do contacto com a água (Tahara et al., 2006). Quanto às características destas atividades, refere-se o carácter lúdico das mesmas, no sentido de motivar o indivíduo para a realização dos exercícios propostos e para a aprendizagem (Frank et al., 2013; Mauerberg-deCastro, et al, 2013; Rocha et al,2014). Santos, Miranda, Silva, Moura e Freitas (2013) verificaram que atividades aquáticas de carácter lúdico constituem uma experiência prazerosa, contribuindo para o desenvolvimento biopsicomotor e emocional. Atendendo a todos os benefícios e implicações, a intervenção em meio aquático é recomendada por diversos profissionais (médicos, professores de educação física e fisioterapeutas), a nível interventivo e preventivo (Tahara et al., 2006).

Tendo caracterizado a experiência em meio aquático, procede-se à análise da experiência em meio terrestre, nomeadamente em contexto hípico.

3.3 Equitação Terapêutica

A prática de equitação com fins terapêuticos pode ser definida como uma forma de intervenção cujo objetivo é promover uma reeducação e/ou educação funcionalmente significativa em indivíduos com alterações sensório-motoras (Santiago et al., 2011). É uma intervenção que se direcciona para várias vertentes – saúde, educação e/ou equitação – sendo que o praticante deve ser capaz de exercer uma ação sobre o cavalo (Santiago et al., 2011). Pode ser realizada como uma intervenção complementar às restantes intervenções, distinguindo-se de outras técnicas equestres pelo facto de os seus objetivos se encontrarem especificamente estabelecidos para as necessidades do indivíduo (Vale et al., 2016). Ainda assim, Bertoti (1998) aponta para a existência de quatro objetivos globais: 1) a mobilização da pélvis, coluna lombar e as articulações do quadril, 2) a normalização do tónus muscular, 3) desenvolvimento do controlo postural da

cabeça e do tronco e 4) desenvolvimento de reações de equilíbrio no tronco (Bertoti, 1998)

Atendendo às características da intervenção, ela produz vários benefícios a nível motor, cognitivo, psicológico e emocional (Mason, 2004; Turner, 2015; Ventrudo, 2007). De acordo com a literatura, o calor corporal do cavalo e os movimentos sequenciados e simultâneos realizados pelo mesmo, que culminam num movimento tridimensional, manifestando várias semelhanças com a marcha humana (Bertoti, 1998; Mason, 2004; Santiago et al., 2011; Scott, 2005), contribuem de forma significativa para o relaxamento dos músculos e redução de espasmos do indivíduo (Mason, 2004). De facto, este movimento do cavalo promove o desenvolvimento motor – maior resistência e agilidade, coordenação motora, postura, ritmo, flexibilidade, equilíbrio, estabilização do tónus muscular, maior capacidade de suporte de peso – assim como aspetos psicológicos e emocionais, através de uma intervenção de carácter lúdico, em contacto com a natureza, o que contribui para a sua diferenciação face a outras intervenções (Mason, 2004; Santiago et al., 2011; Scott, 2005).

De acordo com a literatura, esta modalidade é a única capaz de imitar a marcha humana e de estimular praticamente todos os sistemas de circulação do corpo (Scott, 2005). De facto, andar é uma ação que requer mais do que movimentação muscular, implicando, de igual forma, equilíbrio e uma coordenação corpo-mente. Desta forma, a equitação constitui uma oportunidade de o cérebro praticar padrões de movimento corretos, permitindo que os músculos experimentem o movimento e exercendo um contributo positivo no sistema vestibular, o que assume especial importância em indivíduos que se movimentam pouco (Patterson, 2015; Scott, 2005).

A nível psicológico e emocional, a equitação terapêutica constitui uma oportunidade de libertação de endorfinas, responsáveis pela sensação de bem-estar (Scott, 2005). De acordo com a literatura, indivíduos com deficiências físicas não usufruem de muitas oportunidades suscetíveis à libertação de endorfinas, o que corrobora os benefícios da equitação terapêutica (Scott, 2005). De igual forma, esta atividade confere ao praticante a sensação de controlo – através do controlo do animal, algo que é aprendido desde o primeiro contacto - o que culmina numa promoção da auto-estima e auto-confiança (Mason, 2004; Scott, 2005; Silvério e Nilton, 2010).

A prática de equitação terapêutica constitui uma experiência sensorial rica e variada, a nível auditivo, olfativo, tátil e visual (Patterson, 2015). Atendendo aos benefícios desta forma de intervenção, encontra-se indicada para os seguintes casos clínicos: distrofia muscular, paralisia cerebral, deficiência visual, T21, DID, autismo,

esclerose múltipla, espinha bífida, lesões cerebrais, dificuldades emocionais, dificuldades de aprendizagem, défice de atenção, surdez, acidente cardiovascular e amputações (Mason, 2004).

Ao longo do estágio, a estagiária realizou funções em colaboração com a equipa responsável pelo desenvolvimento de sessões de equitação terapêutica, a qual se encontra inserida na Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental (APPACDM) de Sabrosa, em resultado do protocolo existente entre esta e a Unidade de Desenvolvimento Integrado de Vila Real. As sessões de equitação terapêutica caracterizaram-se pelo treino cognitivo (compreensão de instruções, associação, classificação, atenção e memória), treino de competências motoras (coordenação motora, postura, flexibilidade, equilíbrio, estabilização do tónus muscular), treino de competências linguísticas (fornecer instruções ao cavalo), experiência sensorial variada (alargamento do campo visual, contacto com diferentes texturas e odores, temperatura corporal do cavalo) e treino de competências sociais e emocionais (gradual adesão dos clientes á prática de equitação terapêutica, redução da ansiedade e stress associados ao contacto inicial, capacidades transferidas para atividades realizadas em contexto da instituição).

3.4 A avaliação na instituição

A avaliação psicomotora é um procedimento que permite, antes de mais, despistar a presença de alguma dificuldade/limitação psicomotora no indivíduo avaliado, i.e., permite verificar se este apresenta um desenvolvimento global dentro do esperado para a sua faixa etária, procedendo-se, posteriormente, à elaboração de um plano de intervenção no qual se estimule quer as áreas fortes, quer as áreas que apresentam alterações (Medina-Papst e Marques, 2010; Rezende, Gorla, Araújo e Carminato, 2003). Importa reter, contudo, que este tipo de avaliação não tem como objetivo, apenas, analisar as dificuldades do indivíduo, debruçando-se, acima de tudo, na avaliação das competências psicomotoras no plano funcional (Pitteri, 2004).

Este tipo de avaliação pode ser realizado com diferentes faixas etárias. No caso das crianças, assume um forte papel preventivo, na medida em que, ao avaliar o seu desenvolvimento psicomotor e ao identificar problemáticas associadas, permite que se proceda a uma intervenção precoce adequada, através da elaboração e implementação de programas de estimulação para aqueles que apresentam limitações, assim como através da criação de condições que permitam enriquecer o meio em que a criança se encontra (Brêtas, Pereira, Cintra e Amirati, 2005). De facto, a literatura defende que a intervenção psicomotora assume um carácter fundamental para o desenvolvimento e

aprendizagem da criança, a nível emocional, motor e cognitivo (Ferreira, Martinez e Ciasca, 2010).

A avaliação permite adaptar a intervenção psicomotora ao indivíduo que foi avaliado, pois ao respeitar uma visão holística da pessoa, a avaliação efetuada vai permitir-nos observar as características comportamentais, psicomotoras e psico-emocionais reveladas pelo avaliado (Pitteri, 2004). Uma avaliação psicomotora não deve analisar o corpo apenas no que diz respeito às competências funcionais, deve também analisá-lo relativamente às competências psíquica e relacional, uma vez que não se pode nunca esquecer que este corpo se desenvolve tendo em conta o meio onde age e é agido (Boscaini, 2003). Sendo assim, a avaliação psicomotora torna-se fundamental para se elaborar um plano de intervenção eficaz onde são definidos objetivos terapêuticos adequados à pessoa, como também para se poder avaliar os resultados da aplicação do mesmo plano, sendo a observação o principal método de avaliação na intervenção psicomotora (Probst e Vliet, 2005).

Pitteri (2004) defende que não é possível realizar intervenção psicomotora sem realizar uma avaliação primeiro, alertando para o facto de que, ao intervir sem avaliar, o psicomotricista está a impor ao sujeito um modelo de intervenção sem ter em atenção as características específicas do sujeito, está a adaptá-lo à intervenção e não a intervenção ao sujeito, o que acarreta riscos para a sua integridade, culminando na possibilidade de o indivíduo resistir à intervenção. O autor acrescenta, ainda, que a avaliação se rege por duas normas fundamentais: 1) uma observação do sujeito na sua globalidade (funcionalidade e relação); 2) observação do sujeito no momento de vida em que se encontra, considerando a interação com o meio em que se insere.

Importa referir que, tendo por base os resultados obtidos com a avaliação, i.e., o perfil de funcionalidade do indivíduo, pode realizar-se dois tipos de intervenção (Probst, Knapen, Poot e Vancampfort, 2010): 1) uma intervenção centrada na ação, focando o desenvolvimento de competências intelectuais e físicas, ou seja, atuando mais especificamente sobre as praxias fina e global, a coordenação óculo-manual, o equilíbrio, a atenção, a perceção, a tonicidade e ainda sobre as competências sociais, de interação com os outros e com o meio em que se insere; e 2) uma intervenção centrada na experiência, sendo que o sujeito participa num conjunto de situações controladas que podem despoletar, ou não (dependendo dos casos) diferentes estados emocionais e pensamentos negativos. Nestas situações, o sujeito é confrontado com os seus comportamentos, sendo consciencializado da possibilidade de resolução dos mesmos

assim como sendo estimulado ao desenvolvimento das estratégias necessárias à resolução (Probst et al., 2010).

Remetendo para a experiência em estágio, refere-se a predominância do primeiro tipo de intervenção mencionado – intervenção centrada na ação – observado durante as sessões de intervenção psicomotora.

II. Prática de Estágio Curricular – A intervenção psicomotora na Nuclisol

Nesta secção, caracteriza-se todo o trabalho desenvolvido na Unidade de Desenvolvimento de Vila Real, englobando questões de logística (duração do estágio, horário, locais), assim como questões técnicas (população alvo, avaliação, plano de sessão, intervenção), havendo, ainda, oportunidade para abordar outros aspetos associados ao estágio (atividades extracurriculares, eventos, formações, congressos).

1. Calendarização, duração e horário do estágio

O estágio teve a duração de 10 meses, com início a 14 de setembro de 2015 e término a 29 de julho de 2016, estando a duração do mesmo relacionada com a necessidade e pertinência de adequar a intervenção às características dos clientes da Instituição. O horário da estagiária (tabela 2), estabelecido conjuntamente com a orientadora local, num total de 31h45 por semana, respeitou o horário de funcionamento da instituição (das 7.45h às 19h), bem como a sua calendarização para o ano letivo 2015/2016.

Tabela 2 - Horário das Atividades de Estágio

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8:00					
8:45					
9:00	Expressão motora 3 anos	Bebés	Expressão motora 5 anos		
10:00	Piscina 1º ano	Apoio/vigilância	Apoio/vigilância	Piscina 3 anos	Apoio/vigilância
	Piscina 3º ano			Piscina 4 anos	
11:00	Piscina 4º ano	Cavalos CAO		Piscina X	
	Piscina X		Piscina CAO	Piscina CAO	PM CAO
	Piscina CAO				
12:00	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço
13:00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
14:00					
15:00	PM CAO	Atividades com música CAO	PM CAO	Atividades com música CAO	
16:00	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	
17:00	Expressão Motora 4 anos		PM 2 crianças 4º ano		
18:00					

As atividades desenvolvidas durante o mês de julho realizaram-se, na sua maioria, em grupo, i.e., junção do grupo mais autónomo e do grupo menos autónomo do CAO. Ainda assim, todas as atividades tinham por base a estimulação psicomotora de cada um dos clientes, assim como o cumprimento dos objetivos estipulados para o estágio.

2. Organização e Etapas do Estágio

De forma a compreender toda a dinâmica de estágio elaborou-se um cronograma (tabela 3), que inclui todas as atividades realizadas, bem como a sua organização temporal. Posteriormente, descrever-se-ão as atividades desenvolvidas.

Tabela 3 - Cronograma referente às atividades realizadas ao longo do período de estágio

Atividades	set	Out	nov	Dez	jan	Fev	Mar	abr	mai	jun	Jul
Integração na Instituição (logística, espaço, regulamento interno)	x										
Abordagem da metodologia de avaliação e intervenção psicomotora	x	X									
Abordagem da história clínica do cliente	x	X									
Observação de sessões	x	X	X	x	x	X	x	x	x	x	
Avaliação dos clientes		X									X
Realização de sessões com supervisão		X	X	x	x	X	x	x	x	x	
Realização de sessões sem supervisão			X	x	x	x	x	x	x	x	X
Elaboração de relatórios de observação, avaliação e intervenção	x	X	X	x	x	x	x	x	x	x	
Desenvolvimento de materiais de intervenção		X	X	x	x	x	x	x	x	x	
Reuniões multidisciplinares			X	x	x	x	x	x	x	x	X
Pesquisa	x	X	X	x	x	x		x	x	x	X
Projeto de Investigação			X	x	x	x					
Formações/Congressos		X	x				x		x		
Elaboração do relatório de estágio	x	X	X	X	x	x	X	x	x	x	X

- **Integração na Instituição** (logística, espaço, regulamento interno): consistiu na primeira fase de estágio, durante o mês de setembro, e caracterizou-se por uma abordagem global da instituição, para conhecer e compreender a dinâmica da mesma em termos relacionais (clientes-clientes, clientes-PM, clientes-outros elementos da equipa multidisciplinar, clientes-outros colaboradores da instituição), de logística e organização interna (rotinas diárias das atividades, horários, organização dos grupos), regulamento interno, espaços disponíveis e profissionais integrados na mesma; oportunamente, iniciou-se a elaboração do relatório de estágio, ao nível da caracterização da instituição;
- **Abordagem da metodologia de avaliação e intervenção psicomotora:** decorreu entre setembro e outubro, e teve como finalidade conhecer quais os procedimentos realizados na instituição ao nível da avaliação e intervenção psicomotora,

destacando-se a observação e aplicação de instrumentos como a Escala de Comportamento Adaptativo-versão Portuguesa (ECAP) e a Escala de Intensidade de Apoios (EIA) que foram os mais utilizados com o grupo do CAO; no caso das duas crianças do primeiro ciclo (4º ano de escolaridade) a Bateria Psicomotora foi o instrumento utilizado;

- **Abordagem da história clínica do cliente:** no sentido de proporcionar uma intervenção adequada, procedeu-se, durante os meses de setembro e outubro, à análise do processo individual de cada cliente, nomeadamente a história clínica, no sentido de obter o máximo de informação possível: características individuais que pudessem atuar como pontos forte ou a desenvolver face à intervenção psicomotora, efeitos secundários à medicação administrada, entre outros;
- **Observação de sessões:** este procedimento decorreu ao longo de todo o período de estágio, quer no sentido de preparação da estagiária (início de estágio), quer no sentido de reforço de competências e/ou modificação de aspetos necessários (fase intermédia), quer, ainda, no sentido de auto-avaliação (final do estágio). No início do estágio, todas as sessões realizadas pela orientadora foram observadas, com o intuito de analisar e compreender as atividades desenvolvidas pela mesma, nos diferentes contextos de atuação, assim como as diferentes estratégias utilizadas – análise de quais as estratégias utilizadas com maior frequência e quais as mais eficazes em termos de intervenção (tipos de ajudas e apoios prestados), construindo, desta forma, uma ponte entre a literatura e a realidade. Este procedimento assumiu um carácter essencial para o estágio em questão: primeiro, pelo distanciamento que proporciona, permitindo a análise e compreensão da sessão como um todo, i.e., análise dos objetivos planeados, da concretização dos mesmos e da capacidade para lidar com a imprevisibilidade do momento, a qual pode condicionar toda a dinâmica da sessão; e segundo, porque permitiu a identificação de quais as principais necessidades de apoio dos clientes, quais as capacidades que requerem maior estimulação e qual o tipo de atividades passível de ser aplicado. Em termos globais, todo este processo permitiu que se desse início a uma estruturação mais organizada da etapa seguinte – sessões com supervisão - contribuindo para a autonomia da estagiária, assim como para a promoção da interação cliente-psicomotricista, da comunicação entre ambos (verbal e não-verbal) e da compreensão das variáveis associadas ao contexto de intervenção e das características individuais. A este nível importa referir que foram observadas, ainda, sessões nos contextos onde a estagiária realizou funções como colaboradora;

- **Realização de sessões com supervisão:** após as fases anteriores, iniciou-se a realização de sessões de intervenção psicomotora com supervisão, de frequência semanal, existindo, ainda, o mediador – a orientadora – na medida em que a estagiária inicia um processo gradual de autonomia e responsabilidade, tendo como segurança (quer para a estagiária, quer para os clientes) a presença de alguém capaz de reforçar posturas adequadas e corrigir os aspetos necessários; estas sessões constituíram uma oportunidade de autonomia e desenvolvimento gradual por parte da estagiária, sendo responsável pelo desenvolvimento da sessão e pela elaboração dos respetivos planos de sessão, discutidos com a orientadora, e pelos relatórios de sessão, posteriormente analisados pela orientadora;
- **Realização de sessões sem supervisão:** este objetivo do estágio pretende que o estagiário seja capaz de realizar a intervenção psicomotora, e todas as atividades associadas, de forma autónoma e responsável, pelo que a partir do mês de novembro e com base em todas as etapas descritas anteriormente, a estagiária iniciou as sessões de intervenção sem supervisão; acerca das sessões, e de forma global, importa referir, que foram pautadas pelo respeito pelo tempo individual e ritmo de cada cliente, ao nível da sua capacidade de compreensão e organização do pensamento, e do nível de realização e comunicação expressiva. Nem todas as sessões decorreram de acordo com o planeado, ocorrendo comportamentos de oposição e/ou de instabilidade geral, que interferiram na dinâmica da sessão e implicaram o recurso a competências de gestão emocional e de conflitos por parte da estagiária. Uma das estratégias a que a estagiária recorreu foi a utilização de rotinas, o que, pelo grau de previsibilidade que conferiam, permitiu reduzir os níveis de ansiedade e *stress* dos clientes, diminuindo comportamentos de oposição e melhorando a capacidade da ação motora, através da planificação do pensamento, bem como de promoção de comportamentos mais adequados ao contexto. Por outro lado, a própria organização do espaço – em contexto de sala, piscina e hípico – promoveu a estruturação do pensamento e, conseqüentemente, da ação. De facto, com o tempo, e em termos comportamentais, os clientes compreenderam que no início e final da sessão deveriam encontrar-se nas bancadas do auditório (contexto de sala); compreenderam que quando chegavam às piscinas municipais deveriam dirigir-se aos balneários para proceder à troca de vestuário, à qual se seguia a passagem pelo chuveiro, culminando na entrada para a piscina; compreenderam, em meio hípico, que deveriam proceder, de igual forma, quanto à aquisição do equipamento necessário à prática de equitação terapêutica. Simultaneamente, e em

termos de pensamento e comunicação, os clientes compreenderam que ao dirigir-se para determinado local poderiam transmitir determinado desejo/necessidade, o que se mostrou uma mais-valia atendendo às dificuldades verbais presentes, ainda que em diferentes níveis de gravidade, dos clientes da instituição. Tudo isto culminou num aumento da autonomia individual, do sentido de iniciativa e da regulação tónicoemocional. De igual forma, promoveu a própria dinâmica da sessão ao facilitar, entre outros aspetos, a transição entre tarefas;

- **Elaboração de relatórios de observação, avaliação e intervenção:** quer como forma de registo, acompanhamento da evolução do cliente, quer como forma de controlo do sistema de apoios (sendo adequada uma sistematização periódica) e de autoavaliação, a estagiária realizou relatórios referentes a todas as observações e sessões efectuadas (com e sem supervisão); estes relatórios foram analisados com a orientadora, no sentido de corrigir pontos menos positivos (se necessário), assim como reforçar aspetos fortes, quer em termos de intervenção, quer em termos de redação da informação;
- **Desenvolvimento de materiais de intervenção:** A prática de intervenção psicomotora pressupõe, entre outros aspetos, a existência de criatividade e inovação, no sentido de desenvolver novos materiais adequados ao estado clínico do cliente e às suas dificuldades e potencialidades, quer a nível físico quer intelectual; os materiais foram desenvolvidos tendo por base a necessidade dos clientes, a revisão da literatura e discussão posterior com a orientadora;
- **Reuniões Multidisciplinares:** Após a recolha e análise da informação relativa a cada cliente, procedia-se à discussão da mesma em reunião multidisciplinar, sendo realizado, posteriormente, o Perfil Individual de Funcionalidade, o qual incluiu a definição das áreas fortes e áreas a desenvolver; posteriormente, procedeu-se à elaboração do Plano de Intervenção, com os objetivos individuais de intervenção, os apoios necessários, sendo estes planos apresentados aos responsáveis pelo cliente. Esta postura por parte dos técnicos (reuniões multidisciplinares) tem por base a visão holística da pessoa, que caracteriza a Instituição em questão. Um exemplo de Perfil Individual de Funcionalidade e de Plano de Intervenção pode ser analisado no estudo de caso apresentado posteriormente neste relatório. Estas reuniões têm, também, a função de planeamento de todas as atividades a realizar na Instituição, as quais têm como objetivo promover a estimulação e desenvolvimento global do indivíduo assim como manter/promover o contacto do mesmo com a comunidade (e.g.: atividades associadas a dias comemorativos - Dia da Alimentação, Dia da

Bondade, Dia da Pessoa com Deficiência, Natal, Festas da Cidade, entre outros). Nestas reuniões procedia-se, ainda, à gestão dos recursos humanos, entre outras questões gerais de funcionamento;

- **Pesquisa:** aliada à formação académica esteve a pesquisa de informação, quer em termos de caracterização da população, quer em termos de técnicas de intervenção e aspetos associados; esta postura caracterizou a estagiária tendo como finalidade obter o máximo de ferramentas necessárias à prática profissional. Ainda neste âmbito foi realizado um **Projeto de Investigação** como desafio inicial da orientadora académica e que teve como objetivo a avaliação do contributo da intervenção psicomotora e da musicoterapia no desenvolvimento das competências adaptativas de adultos com DID; e
- **Formações/Congressos:** a estagiária participou em diversas ações de formação/congressos tendo, inclusive, sido dinamizadora de um *workshop* intitulado “Música na Intervenção Psicomotora com Pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: Contributo para o Comportamento Adaptativo” e autora de um póster com a mesma temática no Congresso Nacional de Psicomotricidade.

Em seguida, e dada a diversidade dos contextos e da população-alvo com quem a estagiária trabalhou no âmbito da intervenção psicomotora, serão descritos para uma melhor contextualização da atuação da estagiária.

3. População-Alvo, Contextos de Intervenção e Estratégias utilizadas

A intervenção psicomotora na Instituição decorreu em diferentes contextos, abrangendo uma população-alvo diversificada, com a qual a estagiária assumiu diferentes funções (intervenção, colaboração), estando todos estes aspetos descrito na tabela 4. Posteriormente, encontra-se uma breve caracterização das diferentes funções desempenhadas assim como uma descrição de cada um dos grupos-alvo.

Tabela 4 - Caracterização dos contextos de intervenção e população-alvo

Clientes	Total	Idade (anos)	Função desempenhada	Meio / Contexto
CAO	9	[20-47]	Intervenção	Sala Piscina
			Colaboração	Equitação Terapêutica (APPACDM)
Cliente X	1	12	Intervenção	Piscina
Alunos 4º ano	2	9	Intervenção	Sala
			Colaboração	Piscina
Ensino Pré-Escolar	36	[3-5]	Intervenção	Sala (3, 4 e 5 anos) Piscina (3 e 4 anos)
Crianças com idade <24 meses	2	1	Intervenção	Sala

Ao longo deste ano letivo, a estagiária teve a possibilidade de realizar funções quer como colaboradora quer ao nível da intervenção. Como pode ser observado na tabela 4, a estagiária colaborou com a equipa responsável pelas sessões de equitação terapêutica da APPACDM de Sabrosa, auxiliando na deslocação dos clientes, assim como em questões de observação e segurança dos mesmos. Simultaneamente, colaborou com o professor de Educação Física nas aulas de Natação, auxiliando as crianças nas tarefas planeadas pelo mesmo, quer com as duas crianças acompanhadas pela estagiária em contexto de sala, quer com as restantes turmas do primeiro ciclo. As funções ao nível da intervenção distinguem-se pelo facto de a estagiária ser responsável pela dinamização das sessões, elaboração dos planos de sessão, análise do grupo-alvo, adaptações e qualquer questão inerente sessões às mesmas.

3.1. População-Alvo

A estagiária exerceu as suas funções em sessões grupais e de carácter individual em seguida brevemente caracterizadas, para uma melhor compreensão do estágio.

3.1.1. Sessões de Grupo: o Grupo CAO (Centro de Atividades Ocupacionais)

O grupo do CAO era constituído por 34 indivíduos com DID, estando a intervenção da estagiária destinada aos indivíduos com menor autonomia – 9 indivíduos (tabela 5). Importa ressaltar que a estagiária contactou de perto com os 34 indivíduos, colaborando com outros técnicos nas suas atividades, e em atividades extracurriculares, tendo simultaneamente, prestado apoio nas intervenções realizadas em contexto aquático (ações inerentes à higiene individual). A intervenção psicomotora dirigida aos 9 indivíduos com menor autonomia decorreu em contexto de sala, em contexto aquático e em contexto hípico, tal como planeado aquando do início do período de estágio. Os clientes deste grupo tinham idades entre 20 e os 47 anos, dos quais 6 são do género masculino e 3 do género feminino. Destes, dois apresentam DID em comorbilidade com Trissomia 21, e um apresenta DID em comorbilidade com Síndrome Alcoólica Fetal.

Tabela 5 - Caracterização do grupo de indivíduos com menor autonomia integrados no CAO alvo de intervenção pela estagiária (n=9)

Cliente	Idade	Género	Diagnóstico	Tipo de Intervenção
1 (Ló)	45	Feminino	T21	
2 (Joana)	33	Feminino	DID severa	
3 (Florabela)	41	Feminino	DID severa	
4 (João)	35	Masculino	T21	
5 (Manuel)	37	Masculino	DID severa	Meio Aquático, Sala e Hípico
6 (Luís)	20	Masculino	DID severa	
7 (Jorge)	21	Masculino	DID severa	
8 (Toninho)	39	Masculino	DID severa	
9 (Alfredo)	47	Masculino	DID severa	

Como exemplo de atividades refere-se a realização de circuitos com recurso a colchões, arcos, pedras do rio, bancos suecos, bolas de fitness, entre outros, implicando movimentos corporais e recurso a estratégias cognitivas. O recurso a estes objetos procura funcionar como obstáculo à realização da tarefa (complexificar a tarefa), assim como atuar como prevenção de danos físicos resultantes de quedas (no caso dos colchões). Por estratégias cognitivas entende-se o desenvolvimento de ideias que permitam realizar os circuitos de forma pretendida: associação de objetos a cores, redução do ritmo de deslocação aquando da circulação por percursos mais estreitos, organização de objetos por ordem crescente e decrescente ao nível do tamanho e peso, associação do algarismo à quantidade, entre outros.

Refere-se, simultaneamente, a realização de atividades de praxia fina e de associação, implicando o recurso às capacidades de atenção e memória, assim como atividades de relação interpessoal. Todas as atividades realizadas foram adaptadas às características apresentadas pela população alvo. O grupo encontrava-se todo na mesma sala, no entanto as atividades foram realizadas de forma individual, atendendo às dificuldades individuais. No que concerne à vertente da intervenção, esta assumiu um caráter reeducativo e terapêutico.

Estas sessões tiveram uma duração de 60 minutos e foram realizadas no auditório da Instituição. De um modo geral, todas as sessões apresentaram uma estrutura semelhante, caracterizada por uma fase inicial, à qual se segue a fase fundamental, composta por dois momentos, culminando com uma fase final, também composta por dois momentos (Anexo 1):

- **Fase inicial:** caracterizada por duas atividades - um diálogo inicial e uma atividade de ativação geral; o diálogo objetivava promover a relação terapêutica e a interação entre os elementos do grupo, compreender a predisposição dos mesmos para a sessão e, ainda, proporcionar um momento de estruturação temporal; com o diálogo, os clientes compreendiam que se ia dar início à sessão, o que lhes permitiu adquirir rotinas e reduzir a ansiedade inerente a alterações no seu quotidiano. Já a ativação geral tinha como objetivo preparar os clientes para as atividades planeadas para a sessão;
- **Fase fundamental:** constituída por dois momentos: o primeiro caracterizado pela realização de atividades de estimulação motora e da maioria dos fatores psicомotores, através da realização de circuitos motores variados; e o segundo, caracterizado pela realização de atividades de estimulação da praxia fina e de competências cognitivas; e

- **Fase final:** composta, de igual forma, por dois momentos: no primeiro, os clientes colaboravam na organização da sala (arrumo de materiais), no sentido de promover a responsabilidade pela organização do seu próprio espaço, assim como o desenvolvimento de orientação temporal e emocional, i.e, gradualmente, os clientes adquiriram a noção de que o arrumar o material precedia o término da sessão; o segundo, e último momento da sessão, corresponde a um diálogo final, no qual se procedia à análise de todas as atividades realizadas e aspetos inerentes, nomeadamente devolução de feedbacks e reforço de competências.

A este nível importa referir que, acima de qualquer planificação/estruturação da sessão, esteve, sempre, a análise da estagiária acerca da preparação física e emocional dos clientes. Assim, na ocorrência de momentos de ansiedade e agitação psicomotora no início da sessão, a estagiária adaptava o plano elaborado, realizando uma atividade que fosse capaz de motivar e captar a atenção dos clientes, para a concretização da sessão psicomotora. Caso esta situação ocorresse no final da sessão, a estagiária promovia um momento de relaxação: mais calmo, menor luminosidade, recurso a música de ritmo lento, a colchões e a objetos que promovessem a mediação corporal (e.g.: bolas, esponjas).

Com este grupo, realizou-se, ainda, intervenção em meio aquático, com a duração de 30 minutos por sessão, estando a organização da mesma dividida também em três momentos fundamentais (Anexo 2):

Fase Inicial: Pautada pela preparação dos clientes para a entrada na piscina e pelo diálogo inicial;

Fase Fundamental: Caracterizada pela realização de deslocamentos na piscina mobilizando os membros superiores (M.S) e os inferiores (M.I) de diferentes formas, e de uma atividade, onde se recorre à utilização de fatores cognitivos, como por exemplo, memorizar os locais onde se deve colocar os objetos espalhados pela piscina; e

Fase final: caracterizada por um momento de relaxação muscular e pelo diálogo final onde se procede à devolução de feedbacks sobre a sessão e se fornece a ordem para os clientes saírem da água.

3.1.2. Sessões de Grupo: Ensino Pré-Escolar

Este grupo era constituído por 36 alunos do ensino pré-escolar entre os 3 e os 5 anos. As crianças do grupo dos 3 e 4 anos foram alvo de intervenção em contexto de sala e ainda em meio aquático; as crianças do grupo dos 5 anos receberam intervenção apenas em contexto de sala, uma vez que no horário da intervenção em meio aquático a estagiária se encontrava a realizar intervenção com a criança X. As crianças não apresentavam

qualquer tipo de necessidades educativas apresentando um desenvolvimento dentro do esperado. Esta intervenção teve, por isso, uma vertente preventiva/educativa.

Como exemplo de atividades, refere-se a realização de circuitos psicomotores, implicando movimentos corporais e respetivas estratégias cognitivas no sentido de ultrapassar os obstáculos estrategicamente desenvolvidos. Simultaneamente, as crianças eram solicitadas a colocar bolas de cor semelhante, em quantidades iguais, dentro de arcos, o que implica o recurso a capacidades de atenção e memória assim como de praxia global. Inerente a qualquer atividade realizada esteve a estimulação dos fatores psicomotores. Por outro lado, a atuação do psicomotricista incidiu, ainda, na estimulação do desenvolvimento emocional e social da criança, pela introdução de regras, trabalho em equipa e estratégias de tolerância à frustração. Como mencionado anteriormente, neste serviço o PM também atuou em meio aquático, através, especialmente, de atividades de adaptação ao referido meio. Como exemplo de atividades, refere-se o imergir, no sentido de alcançar objetos localizados no fundo da piscina, assim como o atravessar de arcos posicionados na vertical, dentro da piscina.

As sessões de intervenção com este grupo, em contexto de sala, apresentavam a duração de 45 min, sendo constituídas, igualmente, por três momentos: fase inicial, fase fundamental e fase final, sendo que um exemplo de plano de sessão se encontra em anexo (ANEXO 3 - plano sala 3 anos), (Anexo 4 – plano sala 4 anos) e (Anexo 5 – plano sala 5 anos).

- **Fase inicial:** caracterizada por 2 momentos – diálogo inicial e atividade de ativação geral; o primeiro momento tinha como objetivo preparar a criança para a sessão, promover a comunicação entre os elementos do grupo e entre estes e a estagiária e estimular a estruturação espaço-temporal e memória, através do relato de acontecimentos significativos e recentes bem como de atividades realizadas na sessão anterior; o segundo momento caracterizava-se pela realização de uma atividade em grupo, de carácter lúdico, no sentido de os motivar, tendo como objetivo preparar o grupo para a sessão, assim como consciencializá-lo para questões como o cumprimento de regras;
- **Fase fundamental:** momento caracterizado pela realização de atividades orientadas para a promoção do desenvolvimento geral da criança, tendo por base a execução de circuitos psicomotores com o recurso a diversos materiais; e
- **Fase final:** caracterizada pela realização de um diálogo final, onde a estagiária procedia à devolução de feedbacks acerca da sessão, analisando-se o comportamento do grupo, reforçando-se aspetos a manter, sendo realizada pelo

grupo, ainda, uma síntese das situações mais significativas ocorridas na sessão. Importa referir que com o grupo dos 4 anos e grupo dos 5 anos ocorria, ainda, um momento de reorganização da sala, no sentido de promover a responsabilidade e autonomia dos mesmos.

Em meio aquático, as sessões de intervenção com este grupo apresentavam a duração de 30 minutos, sendo compostas, também, por três fases: fase inicial, fase fundamental e fase final (ANEXO 6 – plano meio aquático 3 anos) e (Anexo 7 – plano meio aquático 4 anos):

- **Fase inicial:** após a entrada na piscina, observavam-se dois momentos nesta fase: o primeiro, diálogo inicial, tinha como objetivo compreender o estado emocional do grupo, estimulando-se a comunicação entre os elementos do grupo e com a estagiária; o segundo, de ativação geral, tinha como objetivo preparar as crianças para a fase fundamental da sessão, tendo por base a realização de atividades em grupo e de carácter lúdico;
- **Fase fundamental:** caracterizada pela realização de atividades que promoviam o desenvolvimento geral da criança, nomeadamente o desenvolvimento de capacidades necessárias à aprendizagem, posterior, das técnicas de nado. Refere-se, como exemplo, atividades de imersão da face e mais tarde do corpo (estimulação do sistema respiratório), assim como atividades que permitissem a estimulação do equilíbrio em decúbito ventral e dorsal, entre outros. Nesta fase, recorreu-se a materiais adequados ao meio (braçadeiras, rolos, pranchas, etc.) e adequados às atividades a realizar; e
- **Fase final:** fase caracterizada pela realização de atividades lúdicas, que funcionavam como uma forma de relaxação e reforço do comportamento adequado das crianças ao longo da sessão. Numa dessas atividades recorria-se ao escorrega, o qual, além de constituir uma atividade lúdica, constituía uma fonte de estimulação ao nível da emersão da face, controlo respiratório, entrada na piscina de diferentes formas (sentado, de costas e de frente), ou seja, capacidades exigidas posteriormente aquando da aprendizagem das técnicas de mergulho.

Importa referir que em atividades mais complexas a estagiária adicionou algum carácter lúdico, no sentido de promover a motivação e a atenção do grupo, especialmente em atividades em que as crianças manifestavam maior dificuldade de realização. Simultaneamente, o nível de complexidade variava ao longo da sessão, i.e., a estagiária procurou, sempre, um equilíbrio entre o tipo de atividades a realizar, as competências a estimular, o grau de dificuldade e a motivação do grupo.

A este nível importa referir, ainda, que foi desenvolvida uma *checklist* contemplando as competências adquiridas pelas crianças e as competências a adquirir, em contexto de sala e em meio aquático, documentos que foram entregues, no final do estágio, aos encarregados de educação (EE). Estes documentos tinham como objetivo proporcionar aos EE um relatório acerca do desenvolvimento atual das crianças. Esta checklist incluía várias afirmações classificadas como “não executa” (quando a criança não manifesta a competência/ação), “executa” (quando a criança manifesta adequadamente a competência/ação) e “emergente” (quando a criança já realiza a competência/ação mas ainda apresenta alguma dificuldade) (ANEXO 8 e 9).

3.1.3. Sessão Individual - Cliente X

A estagiária interveio de forma individual com a cliente X, de 12 anos de idade, com o diagnóstico de epilepsia. Esta cliente apenas frequenta a instituição no horário do Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL), destinado a crianças até ao 6º ano de escolaridade e que frequentaram anteriormente a Instituição (até ao 4º ano de escolaridade). A intervenção psicomotora realizada pela estagiária decorreu em contexto aquático, caracterizada por técnicas de mobilização articular e relaxação. A intervenção apresentou uma vertente terapêutica.

Estas sessões tinham a duração de 30 minutos e caracterizavam-se pela existência de 3 momentos (fase inicial, fase fundamental e fase final) (Anexo 10):

- **Fase inicial:** caracterizada pela entrada na piscina e por atividades de ativação geral; nesta atividade, a criança realizava voltas à piscina com diferentes deslocamentos, promovendo-se, para além da ativação geral, a estruturação espacial, a agilidade motora nos diferentes deslocamentos, a promoção da marcha e a promoção da postura vertical;
- **Fase fundamental:** caracterizada pela realização de atividades de promoção da força muscular, da extensibilidade dos M.S e dos M.I (uma vez que a tendência natural da criança é fletir estas partes do corpo), pela estimulação do equilíbrio, da coordenação motora global e da praxia global; e
- **Fase final:** caracterizada pela realização de atividade de relaxação em decúbito dorsal e em decúbito ventral com o auxílio de materiais que ajudem na flutuação.

Importa ainda referir que estas sessões apresentavam um nível médio a elevado de intensidade, sendo esta uma estratégia da estagiária: uma vez que a criança atribuía um significado positivo e prazeroso a este contexto, sendo o único onde realizava as atividades solicitadas, a estagiária tentou, dentro das dificuldades e do ritmo da criança, tornar estas sessões o mais produtivas possível. Simultaneamente, este constituía o

único contexto onde era possível promover um momento de relaxação e descontração muscular, devido não só à motivação da criança assim como às propriedades benéficas da água.

3.1.4. Sessão Individual/Pequeno grupo - Crianças do 1º ciclo

A estagiária interveio, ainda, em contexto de sala de aula, com duas crianças do 4º ano de escolaridade, com 9 anos de idade, inseridas na educação especial devido a dificuldades de aprendizagem, uma do género feminino e outra do género masculino. As técnicas utilizadas tinham como objetivo o reforço dos sete fatores psicomotores e de competências necessárias à aprendizagem. A intervenção assumiu um carácter preventivo/educativo e reeducativo. Como colaboradora, a estagiária auxiliou-os, ainda, nas aulas de natação, tendo disponibilizado a sua colaboração aos restantes alunos da turma assim como às outras turmas do primeiro ciclo. Esta colaboração foi mais acentuada no início do ano letivo, diminuindo gradualmente ao longo do mesmo.

Estas sessões tinham a duração de 60 minutos e respeitavam sempre uma estrutura semelhante (fase inicial, fase fundamental e fase final) (Anexo 11):

- **Fase inicial:** caracterizada pela realização de um diálogo inicial, onde as crianças relatavam acontecimentos importantes do seu dia-a-dia e da semana, abordando, simultaneamente, as atividades realizadas na sessão anterior;
- **Fase fundamental:** caracterizada pela realização de atividades que promovessem o desenvolvimento psicomotor geral, ou seja, com incidência motora, alternando-se entre atividades que estimulassem as áreas fortes e as áreas fracas, com o objetivo de diminuir a frustração e de captar a atenção e a motivação durante toda a sessão; foram planeadas atividades que promovessem a entreajuda assim como atividades de competição, no sentido de desenvolver valores como o respeito pelo outro e a noção de que uma realização rápida não constitui sinónimo de melhor realização, ou seja, em suma procedeu-se a uma estimulação psicomotora e emocional; e
- **Fase final:** caracterizada pela presença, constante, de um diálogo, no qual se procedia à análise da sessão e à devolução de feedbacks e reforço de comportamentos adequados. Esta análise era realizada pela estagiária e pelo grupo, no sentido de promover a capacidade de auto-análise e expressão das crianças: expressão de opinião acerca das atividades, do grau de dificuldade, de aspetos a desenvolver e de atividades passíveis de realização em sessões futuras, entre outros. Importa a este nível referir como exemplo uma sessão em que os alunos solicitaram à estagiária a realização de uma atividade acerca de temáticas abordadas na disciplina de Estudo do Meio, à qual seriam avaliados num curto espaço de tempo. Ressalta-se

este episódio no sentido de demonstrar o grau de envolvimento das crianças na sessão assim como a relação estabelecida com a estagiária, a qual atendeu à solicitação das crianças.

3.1.5. Sessão Individual/Pequeno grupo - Crianças 0-2 anos

A estagiária, e no âmbito da intervenção precoce, teve ainda a oportunidade de desenvolver a sua atividade com duas crianças, uma do género masculino com 7 meses de idade, e outra do género feminino de 11 meses de idade), da creche da instituição. Com estas crianças, e de acordo com o nível de desenvolvimento psicomotor, a intervenção assumiu uma vertente preventiva/educativa, caracterizada pela estimulação cognitiva e motora. Como exemplo de atividades, refere-se a realização de circuitos psicomotores, com recurso a colchões, exigindo à criança a realização de movimentos, e respetivas estratégias cognitivas, que lhe permitissem ultrapassar os obstáculos, o que culmina na estimulação do raciocínio e da marcha. Simultaneamente, refere-se a realização de atividades exigindo o uso de capacidades de praxia fina, como por exemplo encaixe de peças e manipulação de objetos.

Estas sessões tinham a duração de 45 minutos e eram pautadas pela presença de três momentos, semelhantes para todas as sessões (fase inicial, fase fundamental e fase final) (Anexo 12):

- **Fase inicial:** onde as crianças tiravam o calçado com a ajuda da estagiária e de seguida sentavam-se à sua frente, promovendo-se uma pequena interação inicial, com o intuito de promover e estimular a relação entre as crianças e analisar o estado emocional das mesmas, estimulando as suas capacidades de expressão e comunicação;
- **Fase fundamental:** com atividades que promoviam o desenvolvimento psicomotor geral das crianças, tentando, sempre, conjugar atividades de incidência motora com atividades de incidência cognitiva assim como realizando atividades em que ambas as capacidades fossem necessárias, como transportar objetos de um local para outro e no final associar esses objetos a uma cor correspondente; e
- **Fase final:** fase caracterizada por três momentos: 1) arrumação de algum material pelas crianças (promoção da responsabilidade e organização) 2) diálogo final (análise da sessão, devolução de feedbacks e reforço de comportamentos, promoção da expressão e comunicação), e 3) crianças preparavam-se para regressar à sala da creche (calçavam os sapatos), à qual eram levados pela estagiária.

3.2. Contextos de Intervenção

Como referido na parte teórica, a estagiária realizou as suas funções em contexto de sala, aquático e hípico, pelo que importa, nesta secção – parte prática – analisar e compreender quais os objetivos inerentes a cada contexto. Em primeiro lugar, importa referir que todas as atividades realizadas, nos três contextos, apresentam como objetivo principal a promoção e a manutenção de uma postura ativa para a realização de atividades durante as sessões e visando o transfer para a sua vida quotidiana, promovendo e/ou mantendo as competências adquiridas e prevenindo os processos normais do envelhecimento. Outro objetivo principal é a promoção e a estimulação da afetividade e do relacionamento entre todos os clientes, assim como a estimulação do relacionamento social fora da instituição, através da capacidade de adaptação a diferentes contextos.

- **Contexto de Sala:** Como forma de promover o desenvolvimento global dos indivíduos, foram estabelecidos vários objetivos para a intervenção psicomotora em contexto de sala, nomeadamente: promoção da intencionalidade da ação e qualidade do movimento; estimulação da capacidade cognitiva; promoção e manutenção da condição física (força muscular, flexibilidade articular, agilidade...) e motora; estimulação da capacidade expressiva e criativa; melhoria dos fatores psicomotores (tónus, equilíbrio estático e dinâmico, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxias global e fina); estimulação do diálogo tónico-emocional, controlo postural e memória perceptiva; promoção das competências pessoais e sociais; e desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas;
- **Meio Aquático:** em termos globais, pode afirmar-se que o grande objetivo da intervenção psicomotora em meio aquático, relativamente ao grupo CAO, foi reduzir a dificuldade manifestada em determinadas atividades em contexto de sala - anteriormente, foi já referido que uma das vantagens de intervenção em meio aquático é, exatamente, a facilidade de movimento proporcionada pela água. Relativamente aos restantes grupos-alvo, o principal objetivo consiste na adaptação ao meio aquático e na introdução às técnicas de nado. Na tabela 6, encontram-se discriminados os objetivos para ambos os grupos.
- **Equitação Terapêutica:** como referido anteriormente, a estagiária colaborou, auxiliando na aquisição dos objetivos estipulados, tendo como referência o relato da profissional responsável. De referir que apenas o grupo CAO foi alvo de intervenção neste contexto, sendo os principais objetivos trabalhados: estimulação sensório-

motora (tónus muscular, controlo muscular cabeça e tronco, equilíbrio no tronco); relaxação muscular; promoção da resistência, agilidade muscular e coordenação motora; estimulação da auto-estima e auto-confiança; promoção da atenção, concentração e capacidade de comunicação.

Tabela 6 - objetivos a concretizar com os grupos alvo de intervenção em meio aquático

Grupo CAO	Outros Grupo-Alvo
promoção da autonomia no meio aquático; manutenção da condição motora: mobilização articular e muscular de estruturas do corpo, difíceis de ser estimuladas noutros contextos; manutenção da postura; estimulação da locomoção; promoção da coordenação motora entre os membros superiores e os membros inferiores; estimulação do equilíbrio: postura bípede e diferentes fatores associados (força da água e velocidades de deslocamento); estimulação da flexibilidade; promoção da força muscular; promoção da orientação espacial e temporal; promoção da atenção; promoção do controlo respiratório; promoção de habilidades motoras e mentais adequadas a diferentes situações novas.	adaptação ao meio aquático; promoção da exploração ativa, desenvolvendo uma postura mais autónoma e independente; promoção do equilíbrio vertical e horizontal; estimulação da coordenação motora global e segmentar; desenvolvimento simétrico dos vários eixos envolvidos no movimento; estimulação da capacidade de flutuação em decúbito ventral e dorsal; promoção da auto-confiança; desenvolvimento da aprendizagem da regulação de emoções; estimulação da capacidade de comunicação e socialização; desenvolvimento do esquema corporal; promoção da capacidade de resolução de problemas; prevenção de dificuldades psicomotoras estimulação da capacidade de deslize em posição ventral e dorsal; promoção da consciência da rotação transversal e sagital; promoção da motricidade global; promoção da organização espaço-temporal; promoção da capacidade cognitiva; estimulação do controlo respiratório;

3.3. Estratégias utilizadas

Ao longo do estágio, várias foram as estratégias experimentadas, no sentido de proceder à estimulação de todos os objetivos anteriores. As mesmas tiveram por base o recurso à literatura assim como a formação académica, a capacidade criativa da estagiária e discussão constante com a orientadora. As estratégias utilizadas podem ser observadas na tabela 7, a qual também inclui o grupo-alvo. Importa referir que as estratégias abordadas seguidamente serviram de base à intervenção realizada individualmente com o cliente M, o qual constitui o estudo de caso descrito na terceira parte deste relatório.

No âmbito da intervenção propriamente dita da estagiária, vamos agora descrever a parte relativa à metodologia de avaliação e intervenção assumida ao longo do estágio. Desta forma, a próxima etapa será a descrição dos instrumentos utilizados para a avaliação dos clientes, que foram a base de todo o planeamento posterior do programa de intervenção psicomotor a implementar.

Tabela 7 - Descrição das estratégias adotadas pela estagiária ao longo do estágio, discriminadas em função do grupo alvo

Estratégias	Grupo-alvo	
	CAO	Restantes grupos
Planificação/dinamização de sessões de intervenção baseadas nas necessidades, motivações e características individuais (género, idade, competências);	✓	✓
Planificação/dinamização de sessões com alternância entre estimulação de áreas fortes e áreas a desenvolver, para reduzir os níveis de ansiedade e frustração;	✓	✓
Nível médio a elevado de atividade motora em todas as sessões, atendendo ao baixo grau de autonomia do grupo-alvo, e respeitando as capacidades individuais;	✓	
Instruções simples e concretas, segmentadas e por etapas, face a todas as atividades a realizar e comportamentos desadequados (estagiária abordou, sempre, o porquê de determinado comportamento não ser adequado);	✓	✓
Complexificação das instruções e tarefas a realizar, no sentido de promover o desenvolvimento global dos grupos-alvo (físicos, intelectuais, emocionais e sociais);	✓	✓
Predomínio de atividades de realização individual, atendendo ao grau de dificuldade de tarefas em grupo (e.g.: cumprimento de regras, baixa tolerância à frustração)	✓	
Instrução seguida de demonstração apenas em atividades realizadas pela primeira vez (ao longo do ano a estagiária deixou de demonstrar as atividades realizadas anteriormente, certificando-se, previamente, que os clientes haviam compreendido e assimilado o processo de realização – promoção da autonomia);	✓	
Recurso constante ao reforço positivo e ao feedback;	✓	✓
Ajudas físicas parciais e totais apenas na presença de dificuldades elevadas (reduzir, ao máximo, o nível de dependência e de apoios disponibilizados);	✓	
Dinamização de momentos de análise e reflexão, i.e., hétero e auto-avaliação, de comportamentos, competências e atividades;		✓
Recurso a material concreto e em combinação com música e seus elementos, no sentido de promover a motivação e a estruturação rítmica/corporal e temporal;	✓	✓
Dinamização de atividades estruturadas e flexíveis a adaptações necessárias;	✓	✓
Adequação do discurso e do tom de voz consoante as características individuais;	✓	✓
Recurso a comunicação verbal e não-verbal;	✓	✓
Recurso ao contacto visual de forma constante mas com especial relevo em momentos de dar instruções, promovendo a capacidade de atenção e de compreensão do grupo-alvo;	✓	✓
Aumento gradual da duração das atividades, assim como redução gradual do tempo de transição entre as mesmas, no sentido de promover a capacidade de raciocínio e de atenção, assim como a agilidade motora;	✓	✓

A avaliação decorreu em dois momentos, outubro e julho - início e término do estágio, estabelecendo-se o perfil funcional individual, o que permitiu a planificação e implementação de programas psicomotores com objetivos adequados a cada caso, e no segundo momento, verificar se ocorreu evolução ao nível das competências avaliadas, i.e. do comportamento adaptativo e dos apoios necessários. Este procedimento foi realizado face ao grupo CAO e às duas crianças no 1º ciclo. A EIA e a ECAP foram aplicadas ao grupo CAO de menor autonomia, e a Bateria Psicomotora às duas crianças do primeiro ciclo (4º ano) na Educação Especial.

3.4. Instrumentos

3.4.1 Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa

(ECAP)

A Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa (ECAP) foi adaptada para a população portuguesa (Santos e Morato, 2004; Santos, Morato e Luckasson, 2014), e tem como objetivo principal avaliar a independência pessoal e comunitária, e os aspetos relativos ao desempenho e ao ajustamento social do indivíduo (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). A ECAP permite identificar áreas fortes e áreas a desenvolver, assim como contribui para o *design* de planos habilitativos que permitam aos indivíduos participar na comunidade (Santos, 2014; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). Esta escala tem por base os diferentes contextos de vida quotidiana em que os indivíduos estão inseridos, assim como o tipo de comportamentos esperados para o escalão etário e o grupo sociocultural (Lambert, Nihira e Leland, 1993), tendo como população alvo indivíduos com DID entre os 6 e os 60 anos de idade (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

Este instrumento de avaliação é composto por duas partes: a primeira destina-se à avaliação de competências de funcionamento independente e responsabilidade pessoal e social, e é composta por 10 domínios: autonomia, desenvolvimento físico, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade doméstica, atividade pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos e Morato, 2016; Santos et al., 2014); a segunda parte destina-se à avaliação de comportamentos desviantes, e é composta por 8 domínios: comportamento social, conformidade, merecedor de confiança, comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual, comportamento autoabusivo, ajustamento social e comportamento interpessoal com perturbações (Santos, 2014; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012c; Santos e Morato, 2016; Santos et al., 2014).

A escala apresenta, ainda, 5 fatores, constituídos pelos domínios da primeira e segunda parte: autossuficiência pessoal autossuficiência na comunidade, responsabilidade pessoal e social, ajustamento social e ajustamento pessoal (Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

Quanto à cotação, os itens devem ser pontuados de acordo com o contexto em que o indivíduo se encontra inserido, tendo por base apenas uma fonte de informação. A

escala pode ser preenchida por indivíduos que contactem diretamente com o sujeito avaliado ou que sejam capazes de obter informação pertinente e correta, assim como por técnicos de educação especial, psicomotricistas, ou outro técnico com formação específica e formal para a sua aplicação (Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). O processo de cotação difere da primeira para a segunda parte da escala. Na primeira, existem 2 formas de cotação: uma de complexidade crescente, i.e., o item que apresenta maior valor corresponde à tarefa mais complexa, com maior grau de dificuldade, devendo assinalar-se o item que corresponde ao que o indivíduo consegue realizar; a outra forma de cotação consiste em assinalar sim/não face à presença, ou não, de capacidade do indivíduo para realizar determinada tarefa. Para se obter os valores dos domínios procede-se à soma das pontuações individuais dos itens (Santos, 2014; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). Na segunda parte da escala, os itens são avaliados com: 0 (nunca), 1 (ocasionalmente) e 2 (frequentemente), sendo que 2 corresponde a maior desajustamento (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

No que concerne às propriedades psicométricas da versão portuguesa, este é um instrumento que apresenta validade de conteúdo e consistência interna - todos os domínios apresentam um valor de alpha de cronbach superior a .80, com exceção do domínio Comportamento Autoabusivo, que apresenta um valor de .79 (Santos et al., 2014). As correlações entre os domínios de cada parte variam entre moderada e forte e a validade de constructo também foi confirmada (Santos et al., 2014).

3.4.2 Escala de Intensidade de Apoios (EIA)

A versão original da Escala de Intensidade de Apoios (EIA) foi desenvolvida por Thompson e colaboradores (2004), tendo sido validada para a população portuguesa (Santos et al., 2008). Esta escala tem como principal objetivo avaliar as necessidades de apoio de indivíduos com DID (Santos et al., 2009), constituindo uma ferramenta essencial na avaliação global e na elaboração de planos de apoios, uma vez que delimita o nível e a intensidade dos apoios necessários (Thompson, Tassé e Schalock, 2008; Thompson et al., 2002).

A EIA reforça as capacidades funcionais dos indivíduos com DID entre os 16 e os 60 anos, visando a sua maior autonomia e independência para uma participação real e efetiva em atividades sociais, assumindo o seu papel ativo na comunidade onde se inserem (Thompson et al., 2008; Thompson et al., 2002).

O preenchimento da EIA deve ser feito por duas pessoas para garantir a exatidão de informação, e todos os itens devem ser cotados (Thompson et al., 2008; Thompson et

al., 2002). Relativamente à estrutura, a escala está organizada em 3 secções (Thompson et al., 2004):

- Secção 1: Escala de intensidade de apoios com 49 itens divididos por atividades, agrupadas em 6 subescalas: de vida diária, vida comunitária, aprendizagem ao longo da vida, profissionais, de saúde e segurança, e sociais;
- Secção 2: Escala suplementar de proteção e representação que apesar de não entrar para o cálculo do índice das necessidades de apoio, é cotada da mesma forma que a secção anterior;
- Secção 3: Necessidades excepcionais de apoio médico e de conduta que abrange 15 condições médicas e 13 problemas comportamentais, determinando o nível de apoio que o indivíduo necessita em vários domínios do seu quotidiano.

Para cada uma das secções, os itens são cotados quanto ao tipo de apoio necessário para concretizar a tarefa, a frequência e o tempo diário de apoio (secção 1 e 2), com respostas entre 0 e 4 (figura 4) (Santos et al., 2008; Thompson et al. 2009). Através do somatório das pontuações obtidas nas 6 subescalas da secção 1 é possível calcular o *Índice da Necessidade de Apoios*.

Chave de Classificação		
Frequência	Tempo Diário de Apoio	Tipo de Apoio
Com que frequência é necessário apoio para esta actividade?	Num dia normal, quando é necessário apoio nesta área, durante quanto tempo é necessário?	Que tipo de apoio deve ser providenciado?
0 = nunca ou menos que mensalmente	0 = nenhum	0 = nenhum
1 = pelo menos uma vez por mês, mas não uma vez por semana	1 = menos de 30 min.	1 = presença do técnico
2 = pelos menos uma vez por semana, mas não uma vez por dia	2 = entre 30 min. e menos de 2h	2 = ajuda verbal ou gestual
3 = pelo menos uma vez por dia, mas não uma vez em cada hora	3 = entre 2h e menos de 4h	3 = ajuda física parcial
4 = uma vez por hora ou mais frequente	4 = 4h ou mais	4 = ajuda física completa

Figura 4 - Chave de Classificação para as secções 1 e 2 da EIA

Na secção 3 as respostas são quantificados de 0 a 2, sendo que 0 = não necessita de apoio, 1 = necessita de algum apoio e 2 = elevada necessidade de apoio (Santos et al., 2008; Thompson et al., 2009). Quanto maior for a competência pessoal, menor será a intensidade de apoios, e quanto maior a complexidade da atividade, maior será a necessidade de apoios prestados (Thompson et al., 2004).

A EIA é relevante para as equipas, uma vez que permite recolher informações mais detalhadas, contribuindo, assim, para a planificação e dinamização das intervenções (Santos et al., 2008).

Em termos psicométricos, pode afirmar-se, tendo por base a literatura, que este instrumento apresenta valores de validade e fidelidade adequados, i.e., com exceção da secção 3 (apoio médico ($\alpha=.29$) e apoio comportamental ($\alpha=.69$)), todos os outros domínios apresentam $\alpha \geq .78$. (Arnelsson e Sigurdsson, 2014; Harries, Guscia, Kirby, Nettelbeck, e Taplin, 2005; Kuppens et al., 2010).

3.4.3 Bateria Psicomotora (BPM)

A *Bateria Psicomotora (BPM)* tem como objetivo analisar qualitativamente os sinais psicomotores, detetando e identificando Dificuldades de Aprendizagens, em crianças dos 4 aos 12 anos (Fonseca, 2010). A BPM avalia os 7 fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina que se subdividem num total de 26 subfatores (Fonseca, 2010).

Cada subfactor é pontuado tendo por base a forma como a criança realizou a tarefa, utilizando, para isso, uma escala que varia entre 1 e 4, sendo que 1 = apráxico, 2 = dispráxico, 3 = eupráxico e 4 = hiperpráxico. A pontuação atribuída a cada fator resulta do somatório dos pontos obtidos nos subfactores que constituem esse fator a dividir pelo total dos mesmos (Fonseca, 2010). Com base na pontuação obtida na bateria, é determinado o perfil psicomotor da criança (Fonseca, 1995, 2010):

- **Perfil Apráxico:** dificuldades de aprendizagem significativas, cujo grau de severidade se encontra no nível moderado ou severo e as crianças com este perfil apresentam sinais disfuncionais evidentes, equivalentes a disfunções psiconeurológicas, com um potencial de aprendizagem caracterizado por uma modificabilidade considerada lenta ou muito lenta; na aplicação da bateria, realizam de forma imperfeita e incompleta a maioria das tarefas, podendo, inclusive, não ser capazes de as realizar;
- **Perfil Dispráxico:** que representa dificuldades de aprendizagem ligeiras, estando presentes um ou mais sinais desviantes, que assumem significação neuro-evolutiva, em função da idade e do grau de severidade do sintoma apresentado; as crianças com este perfil manifestam, na realização das tarefas, dificuldades de controlo assim como combinações de sinais desviantes nos vários fatores da bateria psicomotora;
- **Perfil Eupráxico:** uma criança com este perfil não apresenta dificuldades de aprendizagem, apesar de poder manifestar desempenhos variados e diferenciados ao nível dos fatores psicomotores; o nível de realização é completo, adequado e controlado na maioria dos fatores, podendo observar-se alguma imaturidade ou imprecisão de controlo em um ou outro fator; e

- **Perfil Hiperprático:** equivalente a perfis psicomotores de *bom* ou *superior*; uma criança com este perfil não apresenta dificuldades de aprendizagem específicas, manifestando, por isso, uma organização psiconeurológica dita normal.

3.4.4 Procedimentos

Tal como é previsto em qualquer processo de avaliação, todos os participantes e respetivos prestadores de cuidados foram informados dos objetivos planeados ao nível da metodologia planeada pela estagiária. A ECAP e a EIA foram aplicadas sob o formato de entrevista, conduzida pela própria estagiária, a auxiliares e técnicos da instituição, aos quais foi transmitida, previamente, toda a informação necessária: objetivo da avaliação, inexistência de riscos ou implicações futuras, garantia de confidencialidade e anonimato dos dados e esclarecimento de qualquer questão posterior. O preenchimento das duas escalas decorreu numa sala da Instituição, em tranquilidade, de modo a que os entrevistados pudessem refletir e responder adequadamente. Os dados foram guardados de forma segura e analisados posteriormente.

Previamente à aplicação da BPM foi entregue um consentimento informado a cada um dos encarregados de educação das crianças avaliadas, o qual incluía a identificação da estagiária, o objetivo da avaliação, a inexistência de qualquer risco/implicação para a criança, a garantia da confidencialidade dos dados e o contacto da estagiária, na eventualidade de surgir alguma questão. Após a assinatura do consentimento e da sua recolha pela estagiária, a BPM foi aplicada numa sala da instituição, num local tranquilo, porta fechada, tendo sido avaliada cada criança individualmente. Os dados resultantes da avaliação foram guardados de forma segura e analisados posteriormente.

Após a análise e interpretação dos resultados procedeu-se à elaboração do **perfil de funcionalidade**, o qual inclui, como já foi referido anteriormente, as áreas fortes do cliente e as áreas a desenvolver, formulando-se os objetivos a alcançar com a intervenção psicomotora – o estudo de caso no capítulo seguinte são o exemplo de toda a intervenção realizada.

Ainda no contexto da prática de estágio, a estagiária participou em inúmeras atividades complementares e formações que serão, em seguida e antes do estudo de caso, descritas de forma sucinta.

3.5 Atividades Complementares e Formações

3.5.1 Atividades Complementares

- **Dia Mundial da Música e Dia Internacional do Idoso (01/10/2015):** atividade para sensibilizar os alunos para os diferentes géneros musicais, possibilitar o desenvolvimento da criatividade para a descoberta do estilo pessoal, despertar o sentido de cooperação, solidariedade, comunicação e entrosamento através do trabalho em grupo, e sensibilizar a comunidade educativa para as questões do envelhecimento e da necessidade de proteger/cuidar a população mais idosa, proporcionando momentos de felicidade. A atuação da estagiária consistiu na execução de algumas músicas enquanto alguns elementos do grupo CAO executavam danças, com a participação de grupo de idosos do Centro Social de Vilar de Maçada que cantaram algumas músicas;
- **Dia da Bandeira Verde Eco-Escolas (08-10-2015):** objetivando reconhecer o trabalho desenvolvido no decorrer do ano letivo 2014/2015 e identificar a escola como entidade ativa na promoção da política ambiental - a estagiária executou o hino da escola enquanto se procedia ao hastear da bandeira;
- **Dia Mundial da Alimentação (16/10/2015):** com o intuito de sensibilizar alunos e a comunidade educativa para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis, promover a realização de uma alimentação saudável, e reconhecer a importância do pequeno-almoço e restantes refeições - a estagiária colaborou na elaboração do pequeno-almoço saudável;
- **S. Martinho (11/11/2015):** Magusto realizado com o objetivo de sensibilizar toda a comunidade escolar para a preservação do património sociocultural, promover o convívio entre toda a comunidade educativa, e estreitar laços de convívio entre a escola e a família - a estagiária participou em todas as atividades desenvolvidas;
- **Lançamento do Projeto Institucional “Sou Feliz Assim” e Dia da Bondade (13/11/2015):** para promover a partilha de ideias acerca da temática e de estimular o sentido de bondade da população - a estagiária participou na preparação e execução da dança realizada pelo grupo CAO;
- **Dia Internacional da Pessoa com Deficiência (03/12/2015):** Atividade para promover o respeito pela diferença, contribuir para a inclusão das pessoas com necessidades educativas especiais, conviver com as instituições envolvidas na atividade, e sensibilizar a comunidade para as potencialidades das pessoas com

deficiência - a estagiária participou nos ensaios e atuação do grupo CAO, e na preparação do vestuário e cenário inerentes;

- **Festa de Natal (13/12/2015):** atividade desenvolvida com os objetivos de fortalecer as relações de convívio entre escola/família/comunidade e de desenvolver atividades inerentes à época festiva. Consistiu na realização de uma peça de teatro, tendo como atores os encarregados de educação de todos os indivíduos que frequentam a instituição e todas as pessoas que realizam funções na instituição - a estagiária participou nos ensaios e na peça, executando músicas.
- **Dia de Reis (06/01/2016):** atividade desenvolvida com os objetivos de manter valores e tradições locais e de apelar à participação em atividades de grupo - a estagiária preparou uma música com o grupo CAO e apresentaram a mesma em todas as salas da instituição;
- **Carnaval (05/02/2016):** Desfile de carnaval realizado nas ruas da cidade de Vila Real, com os objetivos de promover a participação dos alunos numa atividade recreativa e cultural, desenvolver a socialização, e proporcionar um espaço de incentivo à criatividade - a estagiária participou na elaboração do vestuário inerente assim como no desfile;
- **Dia do Pai (19/03/2016) e Dia da Mãe (02/05/2016):** A estagiária colaborou na elaboração dos presentes a ser entregues pelos elementos do grupo CAO aos respetivos encarregados de educação. Esta atividade tinha como objetivos educar para os valores com base na inter-relação familiar, preservar valores familiares, sensibilizar os jovens para a importância dos elementos da família, testemunhar ao pai/mãe amor, respeito e carinho, e promover a relação afetiva entre pais e filhos;
- **Comemoração do Dia Internacional da Felicidade (18/03/2016):** Atividade desenvolvida com o objetivo de reconhecer a importância da felicidade e do bem-estar enquanto objetivos e aspirações mundiais na vida dos seres humanos - a atuação da estagiária consistiu na elaboração de um poema sobre a felicidade com base no relato dos elementos do grupo CAO;
- **Dia Mundial do Sorriso (28/04/2016):** o Grupo CAO realizou uma apresentação aos restantes elementos da instituição, através de uma dança, tendo como acessório uma luva branca pintada de vermelho, no sentido de imitar um sorriso e alertar para a importância do mesmo. Esta atividade tinha como objetivo promover o sorriso como estilo de vida saudável e feliz, tendo a estagiária participado no treino da apresentação e na elaboração das luvas utilizadas;

- **Dia Internacional das Famílias (13/05/2016):** Piquenique desenvolvido no espaço exterior da instituição, para estabelecer uma relação positiva entre família e instituição, proporcionando um conhecimento da realidade histórico-cultural da criança/jovem para tornar a educação significativa, respeitando a singularidade individual - a estagiária participou em todas as atividades inerentes ao piquenique;
- **Semana Cultural (14 a 17/06/2016):** com objetivo de divulgar junto da comunidade escolar o projeto “Sou Feliz Assim...” (desenvolvido ao longo do ano), despertar o interesse pelas artes, promover a sensibilidade estética, participar em atividades de animação cultural, recriar situações sobre diversas formas de expressão artística (dramatização, dança, canto, declamação), e facilitar a interação entre a família e a instituição. A estagiária participou na elaboração de uma casa de papelão revestida com fotografias dos elementos do grupo CAO, com objetos de diferentes texturas, no sentido de estimular os mesmos; simultaneamente, decorreram visitas guiadas ao longo de toda a semana – cada sala da instituição preparou uma apresentação alusiva à temática do projeto, a qual foi observada pelas restantes salas – a estagiária participou nas animações ocorridas no espaço comum às salas.

3.5.2 Formações

- “Palestra sobre o Autismo e o Son-Rise Program” – 01/10/2015, Vila Real
- “Workshop Gestão Emocional” – 30/11/2015, Vila Real
- “2º Congresso Nacional de Psicomotricidade” – apresentação de póster “Música na Intervenção Psicomotora com Pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: contributo para o Comportamento Adaptativo” e desenvolvimento de workshop com a mesma temática – 04, 05 e 06/03/2016, Vila Real
- “Ação de Formação em Posicionamentos e Transferências de Crianças e Jovens com patologia neuromotora” – 27/05/2016, Vila Real

No próximo capítulo será apresentado o estudo de caso, e a sua descrição contempla a caracterização do caso e a apresentação e discussão dos resultados obtidos (com objetivos estabelecidos e a planificação da intervenção) e da eficácia da intervenção implementada analisando a existência (ou não) de diferenças entre os dois momentos de avaliação, ao mesmo tempo que se tecem algumas recomendações para a continuação da intervenção. Todos os procedimentos e etapas foram adotadas com todos os clientes que beneficiavam de intervenção psicomotora, mas que devido à limitação das páginas deste relatório, o estudo de caso servirá como exemplo mais pormenorizado de todo o trabalho desenvolvido.

4 Estudo de Caso

O estudo de caso em questão foi realizado com um cliente da instituição Nuclisol, M, sendo que todos os requisitos éticos inerentes a este tipo de estudo foram tidos em consideração. M tem 37 anos tendo nascido a 3 de fevereiro de 1978, é do género masculino, e reside com a família de acolhimento, frequentando a instituição Nuclisol há 27 anos, tem o diagnóstico de DID “profunda”, o que de acordo com a classificação mais atual corresponde à necessidade de apoios extensiva. O percurso de vida anterior ao ingresso na instituição foi pautado pela ocorrência de várias problemáticas a nível familiar, económico, social e emocional: a mãe biológica tem diagnóstico de DID ligeira e um dos irmãos DID profunda, não se sabendo de quaisquer informações sobre o pai. Não existe informação quanto à gravidez e parto. Os dois irmãos, inicialmente, foram acompanhados pela avó materna, em condições de habitação, alimentação e higiene desadequadas, referindo-se, o uso de jaulas e vedações como forma de proteção para as crianças, sendo o seu dia-a-dia caracterizado por atividades típicas de animais, como escavar o terreno circundante à habitação. Este período terminou com a intervenção do Centro Regional da Segurança Social de Vila Real, quando M completou 10 anos de idade, tendo ele e o irmão sido admitidos na instituição Nuclisol que as encaminhou para famílias de acolhimento diferenciadas.

A experiência com a primeira família de acolhimento não foi positiva, não proporcionando as condições de segurança necessárias. Após ter provocado um incêndio à habitação onde residia, M foi encaminhado para uma segunda família de acolhimento, onde, apesar de estarem garantidas as condições necessárias, não permaneceu durante um longo período de tempo, atendendo ao estado de saúde da encarregada de educação. Atualmente reside com a terceira família de acolhimento, a qual parece responder a todas as necessidades de M. Esta é constituída pelo casal, responsável por M, assim como pelos filhos do casal, e por alguns idosos que também se encontram em regime de família de acolhimento, e por uma auxiliar de serviços. M é um indivíduo que não apresenta muitos comportamentos problemáticos/desajustados, sendo sociável, meigo, simpático e bem-educado, apesar de “teimoso” (depois de chamado à atenção, regra geral acata a indicação fornecida).

M requer vigilância constante, atendendo às suas dificuldades de equilíbrio assim como às suas manifestações excessivas de desejo sexual face a outro colega da instituição, e a intervenção farmacológica incide na redução do desejo sexual, da

ansiedade e da hipersalivação. M não permanece durante um longo período de tempo no mesmo local, deslocando-se, sem informar a equipa técnica, para locais do seu agrado (onde pode adquirir alimentos, repousar, aquecedores). M requer uma forte vigilância, ainda, pela forte curiosidade que manifesta face a todos os objetos relacionados com música – instrumentos, colunas, rádios – o que o leva a mexer nos mesmos, podendo, inclusive, danificá-los ou provocar danos físicos a si mesmo.

Devido à interiorização de rotinas, é comum M segurar nos seus pertences e dirigir-se para a porta de saída, manifestando, desejo em realizar alguma atividade em específico (intervenção em meio aquático e em contexto hípico), sendo necessária a intervenção de um dos técnicos para que M regresse ao local onde deveria permanecer.

No que respeita à participação nas atividades e tarefas propostas, a postura de M é pautada por um elevado nível de motivação e ativação, o que culmina numa realização desadequada, manifestando, de igual forma, um enorme interesse pela atividade seguinte (especialmente observada na realização de circuitos psicomotores). A nível postural, M apresenta, sempre, o tronco inclinado à frente, sendo necessária uma constante chamada de atenção para que este se coloque em posição correta, assim como para proceder a cuidados de higiene face à sua problemática de hipersalivação.

4.1 Avaliação

Tendo analisado a história clínica de M, o seu percurso de vida e o seu comportamento na instituição, procedeu-se à primeira avaliação. Como já referido anteriormente, utilizou-se como instrumentos de avaliação a ECAP e a EIA, estando os resultados descritos nas tabelas 8, 9 e 10.

Tabela 8 - Resultados obtidas por M nos domínios da parte I da ECAP nos dois momentos de avaliação

Domínios da Parte I		Avaliação Inicial	Valor Máximo	Avaliação Final
I.	Autonomia	38	130	57
II.	Desenvolvimento Físico	32	38	34
III.	Atividade Económica	1	30	1
IV.	Desenvolvimento da linguagem	23	50	24
V.	Números e Tempo	4	20	5
VI.	Atividade Doméstica	2	25	2
VII.	Atividade Pré-Profissional	1	11	1
VIII.	Personalidade	10	23	12
IX.	Responsabilidade	6	11	8
X.	Socialização	18	27	21

Através da análise dos resultados obtidos na ECAP, e no momento da avaliação inicial dos domínios da parte I, verificou-se que M apresentava várias dificuldades ao

nível do comportamento adaptativo em todos os domínios da escala. Os domínios onde M apresentava valores mais elevados, indicadores de maior autonomia e menor necessidade de apoios, foram o *Desenvolvimento Físico, Responsabilidade e Socialização*. Em todos os restantes, M apresentou maior necessidade de apoio. Posto isto, decidiu-se que a intervenção psicomotora deveria incidir em todos os domínios, relevando-se os que tinham uma pontuação inferior, considerando que deveriam ser estes a serem estimulados de acordo com a idade cronológica do caso, bem como das expectativas do próprio e da família, minimizando-se assim, o foco na *Atividade Económica, Números e Tempo, Atividade Pré-Profissional e Personalidade*.

Como referido anteriormente, a segunda parte da ECAP é cotada de forma inversa, ou seja, quanto menor a pontuação obtida maior é o nível de ajustamento. Analisando especificamente os 8 domínios avaliados, verificou-se que M apresenta algumas condutas desadaptativas (tabela 9).

Tabela 9 - Resultados obtidas por M nos domínios da parte II da ECAP nos dois momentos de avaliação

Domínios da parte II		Avaliação Inicial	Valor Máximo Desajustamento	Avaliação Final	Valor Ótimo
XI.	Comportamento Social	20	92	4	
XII.	Conformidade	18	66	6	
XII.	Merecedor de Confiança	17	60	3	
XIV.	Comportamento Estereotipado e Hiperativo	22	98	10	0
XV.	Comportamento Sexual	16	46	1	
XVI.	Comportamento Auto-Abusivo	9	52	3	
XVII.	Ajustamento Social	10	46	5	
XVIII.	Comport. Interpessoal Perturbado	9	72	7	

Ao nível do *Comportamento Social*, M apresentava alguns comportamentos que requeriam intervenção, no sentido de reduzir a frequência dos mesmos: arreliar e dizer mal dos outros, utilização de linguagem agressiva, fraca tolerância à frustração e perturbar as atividades dos outros.

No domínio da *Conformidade*, M também apresentava comportamentos passíveis de intervenção, tais como: ignorar regulamentos e regras, resistir ao cumprimento de instruções, pedidos ou ordens, e apresentar um comportamento menos apropriado em situações de grupo.

No que concerne ao domínio *Merecedor de Confiança*, o comportamento de M era caracterizado por não mostrar respeito pelos pertences dos outros (utilizando-os sem permissão e perdendo-os ou esquecendo-se de os devolver), por sujar as suas

propriedades e as dos outros (por vezes), e por mentir e enganar terceiros ocasionalmente, sendo estes os comportamentos alvo de intervenção.

M não apresentava nenhum *Comportamento Estereotipado*, apresentando, contudo, alguns comportamentos interpessoais inapropriados, hábitos vocais ou de discurso perturbadores, hábitos orais desadequados e tendências de hiperatividade na presença de estímulos do seu interesse.

O *Comportamento Sexual* é aquele em que M apresentava maiores desajustamentos, despindo-se, masturbando-se e expondo o corpo inapropriadamente, ao mesmo tempo que apresentava comportamentos sexuais socialmente inaceitáveis.

M não apresentava um elevado número de *Comportamentos Auto-abusivo*, ainda que se colocasse com frequência no seu local favorito, apenas ocasionalmente manifestava comportamentos de auto-agressão e hábitos estranhos e/ou inaceitáveis.

No domínio de *Ajustamento Social*, M era caracterizado por inatividade e apatia assim como posturas particulares (permanecer com a cabeça pendida, tronco inclinado e deslocar-se em bicos de pés).

Por fim, e ao nível do domínio *Comportamento Interpessoal Perturbado*, M sobrestimava as suas capacidades, principalmente no que concerne ao reconhecimento das suas limitações, reagia mal às críticas, necessitava de demasiada atenção e elogios e apresentava alterações de humor sem razão aparente, não apresentando sentimentos de perseguição nem tendências hipocondríacas.

Tendo analisado os resultados obtidos por M na ECAP procede-se, agora, à descrição e análise dos resultados obtidos nas três secções da EIA (tabela 10).

Tabela 10 - Resultados obtidos na secção 1 da EIA nos dois momentos de avaliação (inicial e final)

Subescalas Secção 1	Valor Obtido 1ª avaliação	Pontuação Máxima	Valor Obtido 2ª avaliação
a. Atividade da Vida diária em casa	76	92	67
b. Atividades da vida comunitária	68	91	66
c. Atividades de aprendizagem ao longo da vida	84	104	81
d. Atividades profissionais	75	87	68
e. Atividades de saúde e segurança	72	94	65
f. Atividades sociais	77	93	63

Na análise dos resultados obtidos com a aplicação da EIA importa ter em atenção que quanto menor o valor obtido, menor é a necessidade de apoios. Assim, e de acordo com a tabela 10, na avaliação inicial, M apresentava uma grande necessidade de apoios em todas as tarefas avaliadas, especialmente nas atividades da vida diária em casa, nas atividades profissionais e nas atividades sociais, o que pode ser explicado pela falta de

oportunidades em participar nas mesmas. Estes resultados vêm corroborar os resultados obtidos por M na ECAP, onde os domínios da atividade económica, atividade doméstica e atividade pré-profissional apresentavam uma pontuação muito baixa.

No que concerne à **secção 2** - Escala Suplementar de Proteção e Representação, verifica-se que M apresentava uma elevada necessidade de apoios em todos os itens da escala, com cotação igual ou superior a 9 (à exceção dos itens 1 e 8, a pontuação máxima por item é de 12). Também nesta secção, quanto menor a pontuação, menor a necessidade de apoios.

Na secção 3A - Necessidades excecionais de apoio médico, M manifestava alguma necessidade de apoio ao nível da limpeza e de curativos de feridas abertas, com uma elevada necessidade de apoios ao nível dos serviços terapêuticos, o que permite compreender que M seja alvo de intervenção psicomotora em três contextos (contexto de sala, meio aquático e hípico). Já no que concerne à secção 3B – Necessidades de apoio comportamental, M apresentava alguma necessidade de apoios ao nível da prevenção de crises emocionais e da manutenção dos tratamentos de saúde mental. Baseados nos resultados das 3 secções, pode afirmar-se que M, na primeira avaliação, apresentava uma elevada necessidade de apoios, corroborando os resultados obtidos na ECAP, uma vez que os itens em que M apresentava maior grau de dificuldade (ECAP) estavam associados aos itens em que M apresentava maior necessidade de apoios (EIA).

Tendo analisado e interpretado os resultados obtidos na avaliação de M, procedeu-se à elaboração do seu **Perfil de Funcionalidade**, o qual inclui as áreas fortes e áreas a promover em M (tabela 11).

Tabela 11 - Perfil de Funcionalidade de M

Áreas Fortes	Áreas a Promover
Desenvolvimento físico	Autonomia
Responsabilidade	Atividade Económica
Socialização	Desenvolvimento da Linguagem
Comportamento Auto-Abusivo	Números e Tempo
Ajustamento Social	Atividade Doméstica
Comportamento Interpessoal Perturbado	Atividade Pré-Profissional
	Personalidade
	Conformidade
	Merecedor de Confiança
	Comportamento Estereotipado e Hiperativo
	Comportamento Sexual

Posto isto, a estagiária delineou um conjunto de objetivos a alcançar com M, através de atividades que permitissem reduzir a frequência dos comportamentos desajustados que M apresentava, elaborando-se o Plano de Intervenção (tabela 12).

Tabela 12 - Plano de Intervenção Psicomotora de M

Domínios	Objetivo Geral	Objetivo Específico
Autonomia	Adquirir autonomia nos diferentes contextos em que está inserido	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a sua alimentação sem auxílio de terceiros - Realizar atividades de higiene com menor grau de dependência de terceiros - Vestir e despir sem auxílio de outros - Reconhecer e comunicar quando a sua aparência não é adequada (vestuário sujo, molhado) - Deslocar-se dentro da instituição sozinho
Desenvolvimento Físico	Adquirir melhor condição física Adquirir maior desenvolvimento psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> - Sentar e deslocar-se com o tronco na posição adequada - Adquirir força muscular, flexibilidade articular e agilidade motora - Manter o equilíbrio estático e dinâmico - Apresentar um nível adequado de eutonia - Utilizar os dois lados do corpo de forma funcional - Reconhecer as diversas partes do corpo humano - Coordenar os membros superiores e inferiores - Manipular objetos de pequena e grande dimensão
Atividade Económica	Adquirir noção de dinheiro e o seu papel nas trocas comerciais	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer notas e moedas - Reconhecer quantidades
Desenvolvimento da Linguagem e Raciocínio	Utilizar com maior frequência a linguagem oral Compreender instruções Recorrer a capacidades cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Expressar opiniões, pedidos e informações por auto-iniciativa e sem auxílio de terceiros - Analisar informação fornecida antes de uma atividade, realizando-a de acordo com a instrução recebida - Recorrer a capacidades cognitivas como a memória, atenção, discriminação, pensamento, percepção e raciocínio ao longo do seu dia-a-dia nas mais variadas tarefas
Números e Tempo	Adquirir noção de número e tempo	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a relação entre algarismo e quantidade de objetos - Compreender intervalos de tempo - Compreender relação tempo e atividade planeada para esse tempo
Atividade Doméstica	Realizar sem auxílio tarefas associadas à alimentação, vestuário e higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Arrumar, de forma organizada e adequada, o vestuário utilizado - Limpar-se após a refeição e antes de transportar o tabuleiro para o sítio indicado - Verificar se a mesa se encontra suja, procedendo à limpeza da mesma, se necessário
Atividade Pré-Profissional	Adquirir noções e manifestar comportamentos inerentes à prática laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Permanecer no local indicado de forma adequada - Completar as atividades solicitadas - Regressar ao local indicado após a realização de outras tarefas

Tabela 12 (cont.): Plano de Intervenção Psicomotora de M

<p>Personalidade, Merecedor de Confiança e Comportamento Interpessoal Perturbado</p>	<p>Manifestar comportamentos associados a determinados valores considerados socialmente adequados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar a iniciativa de realizar alguma tarefa - Explorar o meio envolvente - Realizar atividades solicitadas com menor nível de incentivo - Manter a atenção por maiores períodos de tempo - Respeitar os pertences de todos os elementos da instituição - Reduzir a frequência de mentiras e enganos face aos elementos da instituição - Compreender e aceitar a ocorrência de críticas face a comportamentos desadequados - Reconhecer capacidades e limitações individuais
<p>Responsabilidade</p>	<p>Apresentar uma postura responsável pelas suas ações e pertences</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a noção de responsabilidade - Compreender responsabilidade individual pelas ações realizadas - Compreender responsabilidade individual pelos seus pertences - Compreender a possibilidade de que um problema pode ser resolvido - Compreender e realizar estratégias de resolução de problemas ocorridos na instituição por sua responsabilidade
<p>Socialização, Comportamento Social, Conformidade, Comportamento Estereotipado e Hiperativo e Ajustamento Social</p>	<p>Manifestar um comportamento adequado em grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aguardar de forma adequada a sua vez de participar - Compreender e respeitar as regras e instruções fornecidas - Conseguir realizar atividades em grupo - Conseguir partilhar funções e objetos para o grupo - Reduzir comportamentos de provocação e insulto aos colegas - Regressar ao local indicado após outras tarefas - Reduzir frequência de comportamentos excessivos de proximidade relacional - Reduzir hábitos vocais e discursos perturbadores - Realizar com maior frequência comportamentos inerentes à higiene oral (vs. hipersalivação) - Reduzir frequência de manifestações excessivas de interesse/motivação face a determinados objetos/atividade - Reduzir frequência de momentos de inatividade e apatia - Compreender que está num grupo com determinadas características e regras, juntamente com outros indivíduos
<p>Comportamento Sexual</p>	<p>Reduzir frequência de manifestações de desejo sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender e respeitar a existência de momentos e locais destinados à ocorrência de comportamentos de cariz sexual - Compreender a noção de motivação/desejo individual
<p>Comportamento Auto-Abusivo</p>	<p>Reduzir frequência de comportamentos de auto-agressão física e emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir frequência de comportamentos de isolamento (deslocar-se e permanecer no seu local preferido) - Reduzir frequência de comportamentos de auto-agressão (bater nas paredes com partes do corpo)

Após a análise dos resultados com o estabelecimento do plano de intervenção em parceria com a orientadora local, deu-se início à intervenção psicomotora, seis vezes por

semana: 3 vezes em meio aquático (30 minutos por sessão) e 3 vezes em contexto de sala (1 hora por sessão). Como referido, ainda que M se encontrasse inserido num grupo (CAO), e as sessões fossem planeadas semanalmente, M. realizava as atividades de forma individual e com as respetivas adaptações, com o apoio por parte da estagiária. Como M apresentava maiores competências em determinadas tarefas, comparativamente a alguns elementos do grupo, a estagiária realizou adaptações tornando-as mais complexas, para promover o desenvolvimento do cliente e prevenir a comportamentos de desmotivação/desinteresse.

Para uma maior compreensão os exemplos de planos de sessão em contexto de sala (ANEXO 1) e em meio aquático (ANEXO 2), estão nos anexos.

A relação com M foi desenvolvida ao longo da intervenção, sendo importante referir a facilidade com que a mesma ocorreu, atendendo às características individuais do mesmo e aos longos períodos de tempo de contacto com M. Para a continuação do trabalho a desenvolver, a estagiária acompanhou M nos momentos de alimentação (organização dos acessórios a utilizar, disposição dos objetos no tabuleiro e na mesa, questões de higiene pessoal e limpeza do espaço após a refeição, indicações acerca do ritmo com que ingeria os alimentos) e nas idas à casa de banho (orientação espaço-temporal, organização/indicação dos materiais a utilizar, comportamentos a realizar antes e depois da ida à casa de banho).

Refletindo em termos de contextos de intervenção, foi perceptível, de forma clara, a preferência de M pela intervenção em meio aquático, o que pode ser justificado pela maior facilidade na realização das atividades propostas, em resultado das características do meio. Mesmo antes de se proceder à avaliação final, foi perceptível, para a estagiária, a evolução ocorrida em M, em vários domínios alvo de intervenção, ainda que alguns apresentem valores mais elevados (tabelas 8, 9 e 10) referentes à avaliação final.

Destaca-se (tabela 8), desde logo, a evolução positiva no domínio *Autonomia*, o que pode ser explicado, em parte, pelo foco neste aspeto ao longo da intervenção, estimulando M para a realização do maior número possível de atividades sem recurso ao auxílio de terceiros ou, pelo menos, reduzindo a dependência face aos mesmos.

Nos domínios *Atividade Económica*, *Atividade Doméstica* e *Atividade Pré-Profissional* não se observaram alteração nas pontuações obtidas, o que pode ser justificado, tal como referido anteriormente, pela baixa oportunidade de M em contactar com estes contextos assim como pelo grau de severidade de DID. Todos os restantes domínios apresentaram uma evolução positiva da primeira para a segunda evolução (nenhum domínio apresentou resultados inferiores na segunda avaliação).

Ao nível dos comportamentos da segunda parte da ECAP, com exceção dos domínios *Comportamento Auto-abusivo*, *Ajustamento Social* e *Comportamento Interpessoal Perturbado*, que apresentam pequenas reduções, todos os restantes domínios apresentam, na segunda avaliação, pontuações significativamente abaixo das obtidas na primeira avaliação. Situação idêntica é possível de ser observada na segunda avaliação pela EIA, com uma redução nas pontuações obtidas em todas as subescalas da **secção 1**.

Estes resultados podem ser explicados pela alteração no tipo de apoios prestados a M ao longo do período de intervenção; i.e., aquando da primeira avaliação, M necessitava de ajudas físicas parciais e completas e na segunda avaliação M necessitava de ajudas verbais ou gestuais e/ou ajudas físicas parciais. Esta alteração no tipo de apoios poderá estar relacionada com a autonomia adquirida ao longo da intervenção, domínio onde se observou uma diferença mais significativa nos dois momentos de avaliação.

Na **secção 2**, verifica-se uma redução nas pontuações obtidas entre avaliação nos dois momentos de avaliação, mas os resultados ainda requerem atenção, uma vez que são representativos de uma elevada necessidade de apoios em todos os aspetos avaliados.

Em relação à **secção 3A**, M não apresenta diferenças nas avaliações, mantendo a necessidade de apoios ao nível da limpeza e curativos de feridas abertas e ao nível dos serviços terapêuticos, o que permite compreender que M continue a ser alvo de intervenção psicomotora nos três contextos (contexto de sala, meio aquático e hípico). Na **secção 3B**, M apresenta resultados inferiores ao nível da necessidade de apoio na prevenção de crises emocionais, manifestando ainda, contudo, necessidade de apoio ao nível da manutenção dos tratamentos de saúde mental.

4.1.1 Principais conclusões

A primeira grande conclusão a retirar, após a análise de todo o processo, é o facto de que a intervenção psicomotora realizada pela estagiária parece ter exercido um contributo positivo no desenvolvimento de M, destacando-se o domínio relativo à autonomia. Simultaneamente, é possível que as dificuldades apresentadas por M no início da intervenção apresentassem maior relação com a falta de oportunidade para realização de determinadas atividades do que com a presença de dificuldades propriamente dita (i.e., M apresenta DID em grau severo, no entanto, em vários domínios ocorreu uma evolução positiva devido, em grande parte, à postura da estagiária em estimular e incentivar M à realização autónoma, ou pelo menos com menor recurso ao

auxílio de terceiros, do máximo de atividades possível, nos mais variados contextos). Tal como acontece em qualquer intervenção psicomotora, o acompanhamento de M apresentou algumas dificuldades, quer por questões de logística e organização interna da instituição, quer pelas características individuais de M. Ao nível da instituição, refere-se a necessidade de a intervenção com o grupo CAO se encontrar organizada de modo a ocorrer em grupo. Ao nível do cliente, refere-se a presença de características como a perda constante de equilíbrio (requerendo, ainda, mais atenção), a rapidez excessiva na realização das atividades (fruto da sua agitação psicomotora, da sua motivação e da sua dificuldade em controlar a atenção por longos períodos de tempo), a sua dificuldade na compreensão e cumprimento de regras (ainda que tenha diminuído ao longo da intervenção), a dificuldade em manter o tronco na posição adequada, a qual dificultava a realização de algumas atividades, traços da sua personalidade como a elevada e constante teimosia (aspeto também abordado ao longo da intervenção), e a sua postura, constante, em dirigir-se para locais do seu agrado, inclusive aquando da realização de algumas atividades planeadas (o que implicava maior controlo por parte da estagiária assim como uma maior estimulação e reforço constante). A maior implicação da intervenção realizada com M é a sua transferência para o grupo de maior autonomia integrante do grupo CAO (Centro de Atividades Ocupacionais) em algumas atividades.

Ainda em contexto da atividade de estágio, foi solicitado, pela orientadora académica, que se considerasse a concretização de um projeto de intervenção ou investigação, tentando perceber de que forma a estagiária poderia contribuir para uma nova dinâmica no local de estágio, de acordo com as competências (pessoais e técnicas) da própria estagiária. Desta forma, e no próximo capítulo é apresentado o projeto de intervenção/investigação dedicado ao efeito da musicoterapia nas competências adaptativas de clientes com DID. Esta ideia resultou da complementaridade dos objetivos do estágio e dos planos de vida dos clientes, das competências técnicas e profissionais da estagiária, bem como do percurso pessoal da estagiária na área da música.

Projeto de Investigação

A Música na Intervenção Psicomotora com adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: Contributo para o Comportamento Adaptativo

Adriana Júnior
Faculdade de Motricidade Humana
Universidade de Lisboa
adriana_mpj@hotmail.com

Carla Afonso
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Research in Education and Community Intervention (RECI)
carlafonso@utad.pt

Sofia Santos
Centro de Estudo Educação Especial
Faculdade de Motricidade Humana
Universidade de Lisboa
sofiasantos@fmh.ulisboa.pt

Resumo: A utilização da música como recurso na intervenção parece denotar benefícios a variados níveis. Na intervenção psicomotora este recurso ainda carece de evidências ao nível do seu impacto na vida das pessoas, sendo pouco investigada em contexto nacional. O objetivo deste artigo é analisar o contributo da intervenção psicomotora com recurso à música ao nível dos comportamentos adaptativos de adultos com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID). A Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa foi aplicada aos 9 participantes, entre os 20 e os 47 anos (35.33 ± 9.51), 6 do género masculino e 3 do género feminino, com DID e necessidade de apoios significativos, a frequentar o Centro de Atividades Ocupacionais de uma instituição. A aplicação decorreu em dois momentos distintos: duas aplicações da escala com um intervalo de 2-3 semanas antes do início da intervenção (*baseline*), e após a intervenção. O programa psicomotor baseou-se nos resultados da avaliação *baseline*, nas características e necessidades dos participantes. O programa teve a duração de 4 meses, com sessões bissemanais de 30 minutos cada. Os resultados evidenciaram diferenças estatísticas significativas na maioria dos domínios, parecendo indiciar o impacto positivo deste tipo de intervenção. Finalmente, são apresentadas algumas recomendações para a investigação futura e prática clínica.

Palavras-Chave: música, intervenção psicomotora, dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, avaliação, eficácia

Abstract: Music as a resource of intervention seems to have positive influence on several developmental domains. In Portugal and within psychomotor therapy this resource stills lacks of evidence-based studies, with persons with disabilities. Therefore, our goal is to analyze the contribution that a psychomotor intervention using music can have at adaptive behavior level of adults with intellectual and developmental disability (IDD). The Portuguese version of Adaptive Behavior Scale was applied to 9 participants, between 20 and 47 years (35.33 ± 9.51), 6 males and 3 females, with IDD and significant need of support, attending an institution' Centre of Occupational Activities. The scale was applied in two different moments: initially, with a 2-3 weeks interval to establish the baseline and after the program implementation. The psychomotor program was based on baseline results, participants' needs and abilities. A 4-month duration program was implemented.

Two sessions, of 60minutes each per week were conducted. Findings showed statistical significant differences in most adaptive domains, indicating the positive impact of such intervention. Finally, recommendations and directions for future research in the area are provided.

Key-words: music, psychomotor therapy, intellectual and developmental disabilities, assessment, effectiveness

Introdução

Na última década, tem-se assistido a uma crescente atenção às pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) quer a nível internacional (e.g.: Luckasson e Schalock, 2013; Schalock et al., 2010), quer a nacional (e.g.: Santos e Morato, 2012, 2012c; Santos, Morato e Luckasson, 2014). Acresce ainda a aposta nacional ao nível da avaliação e intervenção psicomotora (e.g.: Morais, Santos e Lebre, 2016) como um serviço e apoio a providenciar (Valente, Santos e Morato, 2012), em contexto institucional, para a aquisição e aperfeiçoamento das habilidades de interação entre sujeito e contexto (Antunes e Santos, 2015; Santos e Morato, 2012c) visando a participação social, efetiva e com qualidade (Jardim e Santos, 2016).

A DID é definida como o conjunto de limitações significativas no funcionamento intelectual e adaptativo, que emergem antes dos 18 anos de idade, e que se expressam nas habilidades concetuais, sociais e práticas (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010). A sua classificação apesar de ainda feita em função da severidade das limitações (i.e.: ligeiro, moderado, severo e profundo - APA, 2013), passa agora para um foco centrado na avaliação do funcionamento independente, responsabilidade pessoal e social (Lambert, Nihira e Leland, 1993) e da necessidade de apoios para corresponder às exigências diárias da vida em comunidade (i.e.: intermitente, limitado, extensivo e permanente), que varia de indivíduo para indivíduo (Luckasson et al., 2002; Thompson et al., 2009). Este paradigma implica uma mudança nas atividades profissionais no campo da DID, centrada na adaptação diária e na qualidade de vida (Tassé et al., 2016; Thompson, Schalock, Agosta, Teninty e Fortune, 2014; Verdugo e Schalock, 2010).

A nova concetualização formaliza o comportamento adaptativo (CA) como critério de diagnóstico de DID, mensurável, cuja avaliação e estrutura fatorial incluem habilidades concetuais, práticas e sociais diárias (Tassé, Luckasson e Schalock, 2016). O CA é definido como o conjunto de comportamentos observáveis e desejáveis que cada indivíduo deve ter para participar ativamente na sociedade, através da utilização de recursos pessoais e sociais. assumindo o seu papel enquanto cidadão (Lambert et al., 1993; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

Apesar da heterogeneidade fenotípica e comportamental, as pessoas com DID apresentam, habitualmente, limitações a nível cognitivo (e.g.: da atenção, memória, compreensão e utilização de ideias complexas e simbólicas, resolução de problemas, raciocínio abstracto, com repercussões ao nível das aprendizagens académicas, entre outros – Schalock et al., 2010), de linguagem e comunicação (e.g.: Jacobson, Mullick e Rojahn, 2007; Schuit, Segers, Balkom e Verhoeven, 2011), psicomotoras (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina – e.g.: Ferreira, Teixeira e Pereira, 2016; Hartman, Houwen, Scherder e Visscher, 2010; Niort e Vázquez, 2016), socioemocionais (e.g.: dificuldades na autorregulação comportamental, na interação e processamento social no julgamento social e tomada de decisão - APA, 2013; Sukhodolsky e Butter, 2007) e práticas ou adaptativas (e.g.: dificuldades em tarefas de vida diária como a higiene pessoal, vestir/despir, alimentação, controlo dos esfíncteres, entre outros - Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b; Woolf, Woolf e Oakland, 2010).

Decorrente deste conjunto de limitações a qualidade do desempenho nestes domínios estará comprometida, com consequências ao nível das atividades práticas de vida diária (Zikl, Holoubková, Karásková & Vesilíková, 2013), i.e., do comportamento adaptativo. A literatura aponta para a existência de um maior número de problemas comportamentais em indivíduos com DID, face aos seus pares típicos ou com outro tipo de dificuldades (Santos, 2014; Sartawi, AlMuhairy e Abadat, 2011), e quanto maior a severidade de DID, menor as competências adaptativas (Santos e Morato, 2012b). Santos e Morato (2012e) apelam à relevância em analisarem-se o contributo de variáveis como a tipologia de intervenção, postura dos responsáveis pelos indivíduos com DID e fase do desenvolvimento individual na manutenção do CA, e dos apoios a disponibilizar.

A intervenção psicomotora é um dos eventuais apoios possíveis de serem prestados às pessoas com DID (Valente et al., 2012) promovendo o potencial motor, cognitivo, afetivo e relacional do indivíduo, através da experiência (Fonseca, 2001). Esta prática de mediação corporal visa o desenvolvimento psicomotor através do movimento e regulação tónico-emocional, para a funcionalidade diária e para a adaptação ao contexto, promovendo a elaboração e execução motora e comportamental - o foco centra-se na qualidade da relação, numa perspetiva sistémica da pessoa (Boscaini, 2003; Fonseca, 2001; Santos e Morato, 2012c).

Várias estratégias podem ser utilizadas ao nível da intervenção psicomotora, nomeadamente o recurso à Música e aspetos envolventes (ritmo, melodia, harmonia, som vs. silêncio, volume, estilo, diversidade instrumental, improvisação, histórico musical

individual, entre outros) (Santos, Miranda, Silva, Moura e Freitas, 2013), sendo importante ter em atenção que neste trabalho referimo-nos à intervenção com recurso a música e não a Musicoterapia, sendo que a primeira pode ser realizada por vários profissionais de saúde, mesmo que não sejam musicoterapeutas (Franzoi, Santos, Backes e Ramos, 2016).

A Música, apesar de um conceito complexo, pode ser definida como uma ciência básica que inclui um elevado número de variações de códigos, constituindo uma linguagem universal, e sendo aceite consoante as reações psicológicas que proporciona ao mesmo (Oliveira, Lopes, Damasceno e Silva, 2012; Pederiva e Tristão, 2006). Para além de combinar melodia, ritmo e harmonia, a Música implica um ajustamento ao mundo envolvente, capaz de promover a auto-estima, com um papel significativo no desenvolvimento de competências individuais (Bréscia, 2009). Por outro lado, a Música é considerada um coadjuvante ao desenvolvimento individual e um agente mobilizador dado promover a expressão de sentimentos e pensamentos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (Cruz et al., 2015; Piazzetta, 2010), com benefícios a nível cognitivo, emocional, social e físico (Oliveira et al., 2012). Com a exposição à música é promovida a libertação de endorfinas (neurotransmissor associado ao bem-estar) que desencadeia mecanismos neuro-protetores (Oliveira et al., 2012; Rojas, 2011).

Ao mesmo tempo, a estimulação dos dois hemisférios facilita a perceção e o ritmo, bem como um comportamento musical recetivo e de sequências musicais (hemisfério esquerdo), promovendo o processamento da frequência, da perceção da melodia, do reconhecimento do padrão auditivo e da discriminação das alterações de intensidade sonora (hemisfério direito), com repercussões de estimulação de outras áreas cerebrais, responsáveis por outro tipo de capacidades cognitivas, e a ativação do Sistema Neuroendócrino e Psiconeuroimunológico (Bréscia, 2009; Pederiva e Tristão, 2006; Santos et al., 2013).

A relação entre música e cognição parece ser um facto, i.e., propõe-se que o indivíduo, ao ouvir um som, irá ativar determinada área cerebral com o objetivo de reter a informação; posteriormente, os neurónios recebem as informações codificadas após serem ativados pelos códigos musicais, tornando-se mais disponíveis para receber informação proveniente dos outros órgãos dos sentidos (Pederiva e Tristão, 2006). A audição de uma música é uma tarefa complexa, englobando diferentes padrões, emoções e expectativas, com base um conjunto de operações cognitivas e perceptivas, representadas no sistema nervoso central (Pederiva e Tristão, 2006).

Desta forma, equaciona-se que quanto maior a estimulação através da música maior será a disposição cerebral (e.g.: atenção, memória, criatividade, entre outros) para a aquisição de novas informações (Cunha e Volpi, 2008; Mendes et al., 2015; Oliveira et al., 2012; Rodriguez, Silva, Capellini e Santos, 2015), assumindo o papel terapêutico, e contribuindo, para a adaptação à realidade escolar e social, promovendo o rendimento nas atividades de aprendizagem (Joly, 2003).

O contributo positivo da intervenção com recurso à música no desenvolvimento psicomotor do indivíduo, também é constatado na medida em que atividades que envolvem música e movimento podem alterar a respiração, circulação sanguínea, frequência cardíaca, pressão arterial, aceleração do metabolismo, oxigenação, reduzir a fadiga e reduzir os estímulos sensoriais de dor, facilitando o desenvolvimento do tónus muscular e da coordenação psicomotora (Mendes et al., 2015; Oliveira et al., 2012; Rodriguez et al., 2015).

A um nível social e comportamental, a música promove a disciplina e a interação entre indivíduos, com redução do isolamento (Birkenshaw–Fleming, 1995; Cunha e Volpi, 2008; Mendes et al., 2015) e com melhorias significativas na qualidade de vida, em termos emocionais e académicos, dados os maiores níveis de atenção e regulação comportamental (Mendes et al., 2015), com maior pré-disposição à realização de outras atividades (Cunha e Volpi, 2008). Fernández, Vásquez e Pena (2015) verificaram um aumento da auto-estima e auto-confiança e das competências sociais, assim como uma redução dos comportamentos disruptivos/anti-sociais e de conflitos com um programa de intervenção com música em adolescentes com comportamentos disruptivos.

A música contribui, de igual forma, para o processo de análise de emoções e sentimentos, promovendo o desenvolvimento de estratégias que permitam lidar com ansiedade e *stress* (Bréscia, 2009; Cunha e Volpi, 2008; Mendes et al., 2015; Rodriguez et al., 2015). O significado atribuído a cada música irá variar de indivíduo para indivíduo e com diferente impacto, implicando uma análise profunda do técnico (Wazlawick, Camargo e Maheirie, 2007). A intervenção com recurso à música é realizada, também, com indivíduos com DID que parecem responder de maneira específica ou com maior intensidade à música (Mendes et al., 2015), com melhorias na concentração, socialização, coordenação motora e aprendizagem (Bréscia, 2009; Rodriguez et al., 2015).

Em termos globais, a intervenção com recurso à música e seus elementos (instrumentos, som, ritmo, melodia e harmonia), em contexto terapêutico, pretende promover a adaptação e a participação social, através de um trabalho ao nível do CA

(Mendes et al., 2015; Santos et al., 2013; Zanini et al., 2009), num ambiente agradável e contendor, onde se associa o vivenciar do sucesso (Hanser, 1999): a aprendizagem de uma canção ou da execução de um instrumento implica, ao mesmo tempo, uma estimulação do contacto ocular, atenção, capacidade de seguir com o olhar, imitação verbal, memória, praxia fina e discriminação auditiva, contribuindo para o desenvolvimento da linguagem e da comunicação.

Apesar das evidências apontarem para benefícios da música e dos seus componentes, parecem escassos os estudos sobre o seu impacto na adaptação diária de indivíduos com DID (Mendes et al., 2015), pelo que o objetivo deste estudo consiste em analisar o contributo de um programa psicomotor, com recurso à música e seus componentes, no comportamento adaptativo de adultos com DID.

Metodologia

Amostra

A amostra, de conveniência, é constituída por 9 participantes entre os 20 e os 47 anos (35.33 ± 9.51), sendo 6 do género masculino e 3 do género feminino, com o diagnóstico de DID e significativas necessidade de apoios, a frequentar o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), de uma Instituição de Vila Real.

Instrumento

A *Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa* (ECAP) objetiva a avaliação da capacidade de adaptação dos indivíduos com DID, entre os 6 e os 60anos (Santos, 2014; Santos et al., 214) nos diferentes contextos onde se inserem, de acordo com o escalão etário e o grupo sociocultural (Lambert et al., 1993; Santos e Morato, 2012c), permitindo identificar áreas fortes e áreas a desenvolver, contribuindo para o *design* de planos habilitativos (Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

A ECAP é constituída por duas partes: a primeira avalia comportamentos de independência pessoal e comunitária através de 10 domínios: Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Atividade Doméstica, Número e Tempo, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização; e a segunda parte incide sobre os comportamentos desajustados avaliando 8 domínios: Comportamento Social Conformidade, Merecedor de Confiança, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, comportamento Sexual,

Comportamento Autoabusivo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal com Perturbações (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014),

A cotação na parte I é por complexidade crescente (i.e., o item com maior valor corresponde à tarefa mais complexa e assinala-se o item de acordo com o desempenho do avaliado) ou dicotómica (sim/não); na parte II os itens são avaliados pela sua frequência: 0 (nunca), 1 (ocasionalmente) e 2 (frequentemente), sendo o 0 o valor ótimo (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). Os valores dos domínios resultam da soma das pontuações dos itens constituintes (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). A ECAP apresenta boas propriedades psicométricas tendo-se confirmado a validade de conteúdo, apresentando valores de consistência interna superior a .80, e com correlações moderada a fortes entre os domínios, especialmente na parte I; a análise factorial exploratória indicou a existência de vários domínios (Santos et al., 2014).

Procedimentos

Foram considerados e salvaguardados todos os requisitos éticos inerentes a uma investigação desta natureza. Após os consentimentos informados (explicitando todo o estudo e os procedimentos a adotar) assinados pelos participantes e pelos seus responsáveis, solicitou-se aos técnicos da instituição o preenchimento da ECAP em três momentos de avaliação. Foram efetuadas duas avaliações iniciais, com cerca de 2-3 semanas de intervalo, estabelecendo-se a *baseline* a partir da qual foi delineado o programa de intervenção psicomotora adequado e individualizado aos participantes, sendo estes avaliados novamente no final da intervenção, no sentido de avaliar a evolução (ou não) das competências abordadas. Os respondentes foram sempre os mesmos nos diferentes momentos de avaliação e a duração média da ECAP foi de 60 minutos. O tratamento dos dados foi realizado através do IBM SPSS 22 - (Statistical Package for Social Sciences).

Intervenção Psicomotora com Recurso à Música e seus elementos

Os resultados obtidos com a avaliação inicial permitiram o planeamento e a implementação de um programa psicomotor (Pitteri, 2004) com recurso à música e seus componentes, que teve como objetivo geral o desenvolvimento de competências físicas, cognitivas, sociais e emocionais (Oliveira et al., 2012), através da estimulação dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina) e dos domínios

adaptativos. Simultaneamente, e considerando ainda a idade cronológica dos participantes, as características, as necessidades, as preferências e as capacidades dos participantes, foram estabelecidos os objetivos específicos a desenvolver, os quais podem ser consultados na tabela 1.

Tabela 1: Objetivos gerais e objetivos específicos do programa de intervenção

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolvimento Cognitivo	<ul style="list-style-type: none">- promoção da intencionalidade da ação e qualidade do movimento- estimulação da memória perceptiva e auditiva- desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas promoção da exploração ativa- promoção da atenção e concentração- promoção da criatividade- promoção da linguagem
Físico	<ul style="list-style-type: none">- promoção e manutenção da condição física (força muscular, flexibilidade articular, agilidade...) e motora- desenvolvimento do esquema corporal- desenvolvimento simétrico dos vários eixos envolvidos no movimento- promoção do equilíbrio vertical- estimulação da coordenação motora global e segmentar- estimulação do diálogo tónico-emocional e do controlo postural- promoção da organização espaço-temporal
Social	<ul style="list-style-type: none">- estimulação da capacidade de comunicação e socialização- redução de comportamentos anti-sociais/disruptivos
Emocional	<ul style="list-style-type: none">- desenvolvimento da aprendizagem da regulação de emoções- promoção da auto-estima e auto-confiança- promoção da expressão emocional- desenvolvimento de estratégias para lidar com ansiedade e frustração

Depois do estabelecimento do perfil psicomotor, o planeamento do programa incluiu: objetivos e estratégias, otimização do tempo útil da sessão, tipo de instrução (simples e direta) com demonstração, periodicidade e frequência das sessões, estruturação das sessões, espaços e material a utilizar, entre outros. O programa psicomotor implementado teve a duração de 4 meses, entre novembro de 2015 e fevereiro de 2016, com sessões bissemanais.

As sessões, com duração de 60 minutos cada, foram estruturadas da seguinte forma: **Fase inicial:** com um diálogo inicial e uma atividade de ativação geral; o diálogo objetivava promover a relação terapêutica e a interação entre os elementos do grupo, compreender a predisposição dos mesmos para a sessão e, ainda, proporcionar um momento de estruturação temporal; com o diálogo, os clientes compreendiam que se ia dar início à sessão (rotina) e reduzia-se a ansiedade inerente a alterações. A ativação geral tinha como objetivo preparar os clientes para as atividades planeadas; **Fase fundamental:** o primeiro momento era caracterizado pela realização de atividades de estimulação motora e dos fatores psicomotores, com atividades com recurso à música e

seus elementos; e o segundo, caracterizado por atividades de competências sociais; **Fase final:** em que o primeiro momento correspondia a atividade de relaxação e o segundo a um diálogo final, para a análise das atividades realizadas, feedbacks e reforço de competências. Como exemplo de atividades realizadas referem-se as seguintes:

1. Deslocar-se ao ritmo da música, identificando, em si e no outro, e através do gesto/toque, determinada parte do corpo aquando da interrupção da música por parte da estagiária;
2. Realização de circuitos psicomotores, constituídos, entre outros, por arcos, sendo que em cada arco o indivíduo deve reproduzir som utilizando diversas parte do corpo e/ou executando um instrumento;
3. Procura guiada de instrumentos musicais pela sala, tendo por base, ou não, o som resultante da execução dos mesmos pela estagiária;
4. Associação som-imagem: ao ouvir determinado som, o indivíduo deve procurar e anexar imagem que retrata animal/objeto que reproduz o mesmo;
5. Identificação verbal de determinada música e dança posterior: indivíduos organizados em círculo, em que aqueles que possuem capacidades de linguagem oral indicam uma música da sua preferência, executando uma dança posteriormente e de forma individual, no centro do círculo; execução acompanhada, também, pelos restantes elementos do grupo;
6. Execução de instrumentos por parte dos indivíduos, em grupo, com o intuito de que essa execução vá ao encontro da música executada pela estagiária, em termos de ritmo e volume sonoro;
7. Relaxação: indivíduos deitados em colchões numa sala, luzes apagadas e tendo como estímulo uma música de ritmo lento, podendo ser gravada ou tocada no clarinete, assim como contacto corporal através de uma bola destinada à relaxação e contacto corporal.

O espaço físico da sessão, assim como a sua duração e o ritmo, assumiram um carácter fundamental no processo de reabilitação (Martins, 2001).

Apresentação de Resultados

Numa fase inicial, procedeu-se à estatística descritiva obtida pelo grupo nos domínios do instrumento avaliado (tabela 1), para em seguida proceder-se à comparação com os resultados obtidos após a intervenção no sentido de perceber se houve ou não diferenças nos domínios adaptativos. Dado o N reduzido de participantes, optou-se pelas técnicas não-paramétricas através do teste de Wilcoxon (Mâroco, 2007). Na maioria dos

domínios, observa-se o aumento dos valores médios entre os dois momentos de avaliação (baseline e final) com diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) nos domínios de Autonomia, Desenvolvimento Físico, Personalidade e Socialização, e em todos os domínios da parte II à exceção do Comportamento Sexual.

Tabela 2: Resultados obtidos pelos participantes nas duas aplicações da ECAP (antes e depois da intervenção psicomotora com recurso à música e seus elementos)

Domínios da Parte I da ECAP		Avaliação Baseline	Valor Máximo	Avaliação Final	<i>p</i>
I.	Autonomia	54.11 (9.52)	130	61.33 (12.61)	.04*
II.	Desenvolvimento Físico	29.67 (4.61)	38	31.57 (3.35)	.03 *
III.	Atividade Económica	0.11 (0.33)	30	0.11 (0.33)	1.00
IV.	Desenvolvimento da linguagem	9.44 (7.91)	50	11.78 (6.85)	.28
V.	Números e Tempo	1.00 (1.58)	20	2.11 (2.20)	.13
VI.	Atividade Doméstica	0.78 (0.97)	25	1.00 (1.12)	.50
VII.	Atividade Pré-Profissional	2.44 (1.13)	11	2.44 (1.59)	1.00
VIII.	Personalidade	7.22 (3.93)	23	8.44 (3.71)	.03 *
IX.	Responsabilidade	2.33 (2.60)	11	2.89 (2.25)	.25
X.	Socialização	13.44 (3.05)	27	15.00 (3.57)	.03 *
Domínios da Parte II da ECAP					
XI.	Comportamento Social	8.11 (6.03)	92	4.22 (3.45)	.03*
XII.	Conformidade	11.00 (9.04)	66	5.89 (4.78)	.01*
XII.	Merecedor de Confiança	5.78 (5.40)	60	2.11 (1.95)	.02*
XIV.	C.Estereotipado e Hiperativo	17.22(10.05)	98	12.89 (8.77)	.02*
XV.	Comportamento Sexual	5.89 (6.77)	46	2.78 (4.18)	.06
XVI.	Comportamento Auto-Abusivo	6.33 (3.16)	52	2.22 (0.97)	.01*
XVII.	Ajustamento Social	9.44 (5.70)	46	3.11 (1.90)	.01*
XVIII.	Comportamento Interpessoal Perturbado	5.33 (3.61)	72	2.78 (2.49)	.01*

Discussão de Resultados

Este estudo pretende analisar o contributo de uma intervenção psicomotora com recurso à música ao nível do CA de adultos com DID, estudo que assume especial pertinência atendendo à escassez de investigações nesta área.

Tal como se pode constatar pelos resultados, não se verificam diferenças estatísticas significativas em alguns domínios da primeira parte: *Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional e Responsabilidade*, assim como no domínio de *Comportamento Sexual*. É de se referir que o programa psicomotor implementado não se direcionou para a promoção de tarefas de âmbito económico e doméstico, dado serem asseguradas por terceiros, não tendo sido alvo de treino. As questões de carácter económico são da responsabilidade de terceiros, não parecendo haver interesse em que se fomente esta responsabilização (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b).

Ainda que não existam diferenças estatisticamente significativas no domínio *Atividade Doméstica*, observam-se melhorias nos valores médios após a implementação do programa, que se manifestam em maior cuidado com o espaço onde decorre a refeição, nível da limpeza e organização dos objetos durante a mesma. O programa foi concretizado no auditório da instituição, não envolvendo a ida aos contextos naturais pelo que, e decorrente das dificuldades no transfer e generalização dos conteúdos não se observaram melhorias significativas. A inexistência de melhorias nos *Números e Tempo* era expectável atendendo a que o programa não incidiu sobre conteúdos académicos (e.g.: operações matemáticas). No domínio *Desenvolvimento da Linguagem*, o aumento da pontuação em alguns itens - expressão pré-verbal (e.g.: aceno de cabeça e do sorriso; gestos), palavras (e.g.: verbalização de algumas necessidades fisiológicas, nomeação de objetos) e compreensão de instruções verbais não foi suficiente para a existência de diferenças estatisticamente significativas, não devendo minimizar-se, contudo, as melhorias qualitativas observadas. Apesar do programa implementado não ter incidido sobre *Comportamento Sexual* e mesmo baseados na inexistência de diferenças estatísticas significativas, foi visível a presença de algumas alterações positivas, com a redução de alguns desajustamentos.

Por outro lado, foram visíveis diferenças estatísticas significativas nos restantes domínios. Ao nível da *Autonomia*, verificaram-se alterações positivas ao nível da alimentação (alguns clientes começaram a utilizar as duas mãos), ao nível da autonomia na casa de banho (menor ajuda nas tarefas de tomar banho, vestir e despir) e ao nível da aparência (clientes adotaram uma postura mais correta, colocando as costas menos arqueadas e apresentando uma marcha mais controlada). A melhoria de algumas destas competências está diretamente relacionada com os resultados no domínio *Desenvolvimento Físico*. Neste domínio, verificaram-se melhorias a nível motor: equilíbrio (os clientes conseguem permanecer mais tempo em pé, e em equilíbrio unipedal ainda que durante pouco tempo), tonicidade, marcha e corrida (facilidade e com menor grau de apoio), praxia fina (melhoria na manipulação de objetos e funcionalidade dos membros). Os resultados parecem corroborar outros estudos (Oliveira et al., 2012), inferindo-se o contributo de intervenções com música ao nível do desenvolvimento do tónus muscular, coordenação motora e manutenção de vários sistemas (respiratório e o cardiovascular) (Mendes et al., 2015; Oliveira et al., 2012; Rodriguez, Silva, Capellini e Santos, 2015).

Ao nível do domínio da *Personalidade* verificaram-se modificações positivas ao nível da iniciativa na exploração do envolvimento, da passividade (com maior predisposição para as atividades, com menor necessidade de incentivo) e da

perseverança, permanecendo mais tempo na tarefa. O interesse pela música parece ter conduzido os indivíduos a uma postura de maior empenho e dedicação nas tarefas, promovendo a predisposição dos indivíduos para a realização das mesmas (Cunha e Volpi, 2008), com efeitos psicológicos nos indivíduos (Franzoi et al., 2016) e contribuindo para o desenvolvimento de capacidades cognitivas, como a atenção e concentração (Cunha e Volpi, 2008; Mendes et al., 2015; Oliveira et al., 2012; Rodriguez et al., Santos, 2015)

No domínio *Socialização* verificaram-se alterações positivas ao nível da cooperação (para ajudar os outros), interação com os outros (durante um período de tempo mais alargado) e participação nas atividades de grupo (de forma mais espontânea e entusiástica; um dos clientes já inicia atividades de grupo).

Os domínios da segunda parte da ECAP (exceto o domínio Comportamento Sexual) apresentaram diferenças estatísticas significativas: no *Comportamento Social* diminuiu o número de comportamentos de ameaça e de oposição à realização das tarefas, bem como uma maior tolerância à frustração; *Conformidade* com maior respeito face às regras e rotinas, e menor resistência ao cumprimento das instruções fornecidas com menos comportamentos de fuga às sessões; *Merecedor de Confiança* com diminuição do número de comportamentos de desrespeito face aos pertences dos outros e danificação de propriedades públicas; *Comportamento Estereotipado e Hiperativo* com a diminuição da frequência de comportamentos na área (e.g.: bater o pé, rodar o cabeça continuamente, hábitos orais desadequados: ranger os dentes, etc.), *Comportamento Auto-Abusivo* com a diminuição de hábitos e tendências excêntricas (e.g.: comportamentos auto-agressivos; manter-se no local favorito, gritar face ao toque de terceiros e receio face a subir e descer escadas, entre outros), *Ajustamento Social* onde se observou a diminuição significativa de comportamentos de inatividade e apatia; e *Comportamento Interpessoal Perturbado* onde se trabalhou a noção de capacidades individuais, diminuição de reações desadequadas face a críticas, entre outros. Estes resultados eram expectáveis, dado o contributo da utilização da música em atividades de grupo a nível social e comportamental, promovendo a disciplina e ajudando na diminuição de comportamentos antissociais e disruptivos (Birkenshaw–Fleming, 1995; Cunha e Volpi, 2008; Fernández et al., 2015; Mendes et al., 2015).

Os resultados obtidos vão ao encontro da literatura acerca do impacto da intervenção com recurso à música, observando-se a promoção das capacidades dos indivíduos (Franzoi et al., 2016; Piazzetta, 2010; Santos et al., 2013; Zanini et al., 2009) a nível *psicomotor* (Mendes et al., 2015; Oliveira et al., 2012; Rodriguez et al., 2015),

emocional (Bréscia, 2009; Cunha e Volpi, 2008; Mendes et al., 2015; Rodriguez et al., 2015) e *social* (Birkenshaw–Fleming, 1995; Cunha e Volpi, 2008; Cruz et al., 2015; Fernández et al., 2015; Joly, 2003; Mendes et al., 2015; Rodriguez et al., 2015). A música como código universal atuou como um forte estímulo de socialização, permitindo a aproximação física e emocional dos indivíduos, assim como a comunicação entre os mesmos. Por outro lado, a questão da motivação também influenciou a adesão dos indivíduos à intervenção, dado a música e os seus elementos serem um interesse partilhado por todos os participantes. Neste momento, há que lembrar de que a música, por si, capta a atenção de uma forma mais fácil e imediata comparativamente a outros estímulos, nomeadamente os visuais (Hanser, 1999).

Conclusão

De acordo com os resultados obtidos, parece poder inferir-se que a intervenção psicomotora com recurso à música poderá ser equacionada como um eventual apoio a prestar, pelas instituições, aos sujeitos com DID, dado o potencial que a mesma acarreta na estruturação dos planos de vida individuais. A perspetiva positiva acerca da música reforça a sua utilização em intervenções, sendo encarada como algo prazeroso, promovendo a adesão às atividades planeadas e reforçando as aprendizagens, num espaço contendor e num momento de lazer.

A avaliação das intervenções e dos serviços oferecidos às pessoas com DID é um dos tópicos emergentes no âmbito de cada profissão, incluindo-se a do psicomotricista, com impacto na prática clínica. De facto, é função de qualquer técnico atualizar o seu conhecimento/formação de forma consistente, o que inclui a análise de várias formas de intervenção já empiricamente suportadas, sentindo-se a necessidade de mais investigações na área, que permitam testar a eficácia da intervenção psicomotora, indo ao encontro da singularidade individual.

Como todos os estudos, também este não está isento de limitações pelo que, decorrente da análise, recomenda-se a realização de mais estudos desta natureza, com amostras mais representativas e significativas, eventualmente com grupos de controlo e com outras perturbações do desenvolvimento, visando a generalização dos resultados, esperando-se indicadores da eficácia de programas psicomotores, ao mesmo tempo que se deverá dedicar mais tempo para a intervenção. Recomendam-se, ainda, outros estudos de follow up para analisar a retenção das aprendizagens.

Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Antunes, A. e Santos, S. (2015). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18: 89-122
- Birkenshaw–Fleming. L. (1995). *Teaching Music to People with Special Needs*. Canada: Copyright
- Bréscia, V., (2009). A música como recurso terapêutico. Encontro Paranaense, *Congresso Brasileiro de Psicoterapias corporais*. 15(9), 1-10
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Cunha, R., e Volpi, S. (2008). A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. *Revista Científica. FAP*, 3, 85-97.
- Cruz, I. Santos, M., Souza, I., Souza, A., Soares, J., Souza, L. ... e Oliveira, C. (2015). A Música Como Intervenção e Cuidados Em Saúde: Revisão Integrativa. *Gestão e Saúde*, 6(1), 549-564
- Fernández, R. , Vázquez, M. e Pena, V.. (2015). Beneficios de la música en conductas disruptivas en la adolescencia. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 15(3), 1-25, doi: [10.15517/aie.v15i3.20902](https://doi.org/10.15517/aie.v15i3.20902)
- Ferreira, E., Teixeira, F. e Pereira, E. (2016) Sensorial Integration and Intellectual Disabilities: Influence of Psychomotor Intervention. *IOSR Journal of Sports and Physical Education (IOSR-JSPE)*. (3)2, 44-49
- Franzoi, M., Santos, J., Backes, V., e Ramos, F. (2016). Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25(1), 1-8, doi: [10.1590/0104-070720160001020015](https://doi.org/10.1590/0104-070720160001020015)
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade – Perspetivas Multidisciplinares*. Âncora Editora: Lisboa.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos seus fatores*. 3ª edição. Âncora Editora: Lisboa
- Hanser, S. (1999) *The New Music Therapists Handbook* (2ªed). Boston: Berklee Press
- Hartman, E., Houwen, S., Scherder, E., e Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 468-477. DOI: [10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x)
- Jacobson, J.; Mullick, J. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology*. New York: Spring Science.
- Jardim, N. e Santos, S. (2016 *accepted*). Effects of a Psychomotor Intervention in Water in the Quality of Life of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*.
- Joly, I. (2003). Música e Educação Especial: uma possibilidade concreta para promover o desenvolvimento de indivíduos. *Educação (UFSM)*, 28(2), 79-86.

Lambert, N., Nihira, K. e Leland, H. (1993). *AAMR Adaptive Behaviour Scale – School, examiner’s manual* (2ª ed.). Austin, Tx: PRO-ED.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., ... Tassé, M. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation

Luckasson, R., e Schalock, R. L. (2013). Defining and applying a functionality approach to intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 657-668. Doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01575.x

Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (eds). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz – Quebrada: Edições FMH. 29-40

Mâroco, J. (2007). *Análise e Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Mendes, M., Cavalcante, S., Oliveira, E., Pinto, D., Barbosa, T., e Camargo, C. (2015). Children with neuropsychomotor development delay: music therapy promoting quality of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 797-802. doi: 10.1590/0034-7167.2015680505i

Morais, A.; Santos, S., e Lebre, P. (2016). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Examen Gerontopsychomoteur. *Educational Gerontology*. 42(7): 516-527 Doi: 10.1080/03601277.2016.1165068

Niort, J., e Vázquez, F. (2016). Comparative study of laterality in people with fragile X syndrome, people with intellectual disabilities, and people with typical development. *Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition*, 19, 1-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1357650X.2016.1208663>

Oliveira, G., Lopes, V., Damasceno, M. e Silva, E. (2012). A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. *Cadernos UniFOA*, 20, 85-94,

Pederiva, M. e Tristão, R. (2006). Música e cognição. *Ciências & Cognição*, 9, 83-90.

Piazzetta, C., (2010). Música em Musicoterapia: estudos e reflexões na construção do corpo teórico da Musicoterapia. *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*, 1, 1-141.

Pitteri, F. (2004). O Exame Psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3:47-52.

Rodriguez, I., Silva, E., Capellini, V. e Santos, F. (2015). A música e a pessoa com deficiência: uma revisão narrativa da literatura. *Música e Linguagem- Revista do Curso de Música da Universidade Federal do Espírito Santo*, 1(4), 37-51

Rojas, J. (2011). Efecto ansiolítico de la musicoterapia: aspectos neurobiológicos y cognoscitivos del procesamiento musical. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 40(4), 748-759, DOI:10.1016/S0034-7450(14)60162-1

Santos, D., Miranda, L., Silva, E., Moura, P. e Freitas, C. (2013). Compreendendo os significados das emoções e sentimentos em indivíduos autistas no ambiente aquático. *Revista ConScientiae Saúde*, 12(1), 122-127.

Santos, S. (2014). Adaptive behaviour on the Portuguese curricula: A comparison between children and adolescents with and without intellectual disability. *Creative Education*, (5), 501-509, DOI:10.4236/ce.2014.57059

Santos, S., e Morato, P. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê?. *Revista brasileira de educação especial*, 18(1), 3-16.

- Santos, S. e Morato, P. (2012b). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. In Santos, S. e Morato, P. (Eds) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (101-120). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. e Morato, P. (2012c). O Comportamento Adaptativo em Portugal. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. 19- 33. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Santos, S. e Morato, P. (2012d). Género e Comportamento Adaptativo. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. 121- 131. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Santos, S. e Morato, P. (2012e). Idade e Comportamento Adaptativo. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. 133-147. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Santos, S., Morato, P., e Luckasson, R. (2014). Psychometric properties of the Portuguese version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and developmental disabilities*, 52(5), 379-387, doi: <http://dx.doi.org/10.1352/1934-9556-52.5.379>
- Sartawi, A., AlMuhairy, O., e Abdat, R. (2011). Behavioral problems among students with disabilities in United Arab Emirates. *International Journal for Research in Education*, 29, 1-15.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., ... Yeager, M. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual Disability.
- Schuit, M., Segers, E., Balkom, H., e Verhoeven, L. (2011). How cognitive factors affect language development in children with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 32(5), 1884-1894. Doi:10.1016/j.ridd.2011.03.015
- Sukhodolsky, D. & Butter, E. (2007). Social Skills training for Children with Intellectual Disabilities. in J. W. Jacobson, J. A. Mullick & J. Rojahn (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology* (601-618). New York: Spring Science.
- Tassé, M., Luckasson, R. e Schalock, R. (2016). The Relation Between Intellectual Functioning and Adaptive Behavior in the Diagnosis of Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 54 (6), 381–390. doi: 10.1352/1934-9556-54.6.381
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M., Borthwick-Duffy, S., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachappelle, Y., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M., Verdugo, M. e Yeager, M. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 47(2), 135-146. DOI: 10.1352/1934-9556-47.2.135
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., ... Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale: User's manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation
- Thompson, J., Schalock, R., Agosta, J., Teninty, L., e Fortune, J. (2014). How the supports paradigm is transforming the developmental disabilities service system. *Inclusion*, 2(2), 86–99. doi:10.1352/2326-6988-2.2.86
- Valente, P., Santos, S., e Morato, P. (2012). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*. 15: 10-23.

Verdugo, M. e Schalock, R. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas com discapacidad intelectual, *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41 (4), nº236: 7-21.

Wazlawick, P., Camargo, D., e Maheirie, K. (2007). Significados e sentidos da música: uma breve " composição" a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 105-113

Woolf, S., Woolf, C. M., e Oakland, T. (2010). Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. *Intellectual and developmental disabilities*, 48(3), 209-215, doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209

Zanini, C., Jardim, Salgado, Cabral, M., Nunes., Carvalho, M., ... e Veiga Jardim, W. (2009). O efeito da Musicoterapia na qualidade de vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 93(5), 534-540

Zikl, P., Holoubková, N., Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Scholarly and Scientific Research & Innovation*, 7(10), 2789- 2795. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x

Conclusão

Este documento relata a experiência de estágio curricular na Instituição Nuclisol Jean Piaget, mas, acima de tudo, relata uma experiência de aprendizagem pessoal e académica. A escolha do local de estágio teve por base o contacto com a mesma ao longo do 3º ano do primeiro ciclo de estudos (trabalho de campo), constituindo, pela variedade de aprendizagens, experiências e organização interna, uma fonte de referência para a estagiária, assim como as vantagens de logística inerentes à proximidade da instituição face à residência da estagiária.

A redação deste relatório remete para a noção e sensação de “trabalho cumprido”, justificado pela concretização dos objetivos de estágio e com base na evolução sentida. Analisando o período de tempo decorrido, verifica-se que as dificuldades observadas inicialmente, especialmente ao nível do primeiro contacto com uma população-alvo tão única, diminuíram consideravelmente, em resultado da experiência e da gestão emocional da estagiária. Refere-se que no primeiro dia de estágio ocorreu um forte impacto emocional por este constituir o primeiro contacto com este tipo de população, atendendo às características individuais de cada cliente do CAO e devido à falta de experiência. Para além disso, o facto de ser necessário auxiliar os clientes em todas as atividades do quotidiano (idas à casa de banho, higiene consequente às dificuldades de controlo esfinteriano, alimentação, vestuário) constituiu, inicialmente, uma dificuldade para a estagiária, também colmatada com a experiência e com a colaboração de outros auxiliares.

Uma das aquisições ocorridas ao longo deste ano foi a perceção da estagiária acerca da diferença entre realizar uma sessão individualmente e esporadicamente, e permanecer diariamente numa instituição; i.e., enquanto no 3º ano da Licenciatura a estagiária se dirigia à instituição uma vez por semana, realizando uma sessão com uma criança numa sala à parte, ao longo deste ano a estagiária permaneceu diariamente, todas as semanas, na instituição, o que permitiu compreender a instituição de uma forma global - conhecer o funcionamento da instituição mais aprofundadamente, contactar com todos os profissionais que realizam funções na mesma (desde os profissionais de saúde e docentes aos auxiliares nos diversos setores) assim como com todos os indivíduos que frequentam a instituição. É nesta fase que começa a emergir a sensação de pertença, encarando a instituição como uma segunda casa, despoletando na estagiária a motivação e a energia para “cuidar do que é nosso”; é o momento em que se começa a perceber, também, os pontos menos fortes, emergindo a vontade em ajudar e fornecer

sugestões que possam promover certos aspetos. Por outro lado, tudo isto promoveu a realização de funções em equipa multidisciplinar – uma das características fundamentais da instituição – pautada pela troca vital de informação assim como pelo respeito pelas competências de cada um dos técnicos e da sua área disciplinar, sendo que, ao mesmo tempo, sempre se trabalhou em conjunto para o mesmo fim, i.e., o maior benefício de cada um dos clientes.

As características inerentes a esta instituição, nomeadamente o facto de ser frequentada por diversos tipos de população, constituiu uma mais-valia, quer em termos de aprendizagem, quer em termos de gestão emocional. Refere-se como exemplo alguns momentos de frustração ocorridos em dias em que o grupo CAO se encontrava mais instável (atendendo às características do mesmo), em que a possibilidade de contactar, também, com as crianças da instituição permitia a libertação de tensão acumulada, por constituírem uma população menos problemática e com uma interação com a estagiária completamente distinta. A este nível importa referir, assim, uma das aprendizagens pessoais ocorridas na estagiária – o auto-conhecimento face à sua capacidade para lidar com diferentes emoções/sentimentos resultantes da interação com diferentes grupos-alvo. É certo que o ser humano tem a capacidade de se adaptar a diferentes contextos; no entanto, quando essa adaptação deve ocorrer várias vezes ao dia, todas as semanas, a situação requer treino emocional. A este nível, também as reuniões com a orientadora local assumiram especial importância, pelo esclarecimento de dúvidas assim como pela sua presença constante enquanto ouvinte.

Outro aspeto sobre o qual importa refletir são as alterações ocorridas na estagiária após o contacto com grupo CAO: se, inicialmente, esta considerava que seria bastante complicado realizar funções com esta população, a sua postura mudou, sendo, atualmente, uma das populações que proporciona à estagiária maiores níveis de satisfação pessoal aquando da intervenção. São, de facto, indivíduos que requerem maior estimulação, no entanto, são capazes de fazer praticamente tudo, desde que o técnico controle a sua capacidade de tolerância à frustração, não desistindo de os estimular, e insistindo, frequentemente, nos comportamentos e nas aquisições que os mesmos devem apresentar – constituem “um grupo especial” e, de facto, transmitiram imenso à estagiária acerca de vários aspetos da existência humana.

Por outro, e igualmente importante, foi a compreensão de que nem sempre é possível cumprir o plano da sessão estipulado, uma vez que não é possível controlar as vivências da pessoa nem a forma como se sente naquele momento.

Ao nível da relação terapêutica, pode considerar-se que esta foi desenvolvida com sucesso, de forma adequada, face a todos os grupos-alvo, tendo a estagiária manifestado a capacidade para lidar com comportamentos de oposição, birras, e agressividade por parte de alguns clientes, principalmente os clientes do CAO. Especificamente, tornou-se perceptível que ser assertivo no momento adequado constitui um grande passo aquando da intervenção psicomotora, independentemente do grupo-alvo.

No que concerne à relação orientadoras-estagiária, esta não poderia ser melhor – com recurso à tecnologia (email), a distância não constituiu um obstáculo, tendo sido fornecida, por ambas, a orientação adequada e necessária em todos os momentos, o que se mostrou imprescindível para as capacidades adquiridas. E, de facto, discutir todos os casos com a orientadora do local de estágio permitiu o desenvolvimento destas capacidades, assim como adquirir autonomia e desenvolver/fortalecer várias competências enquanto psicomotricista.

Simultaneamente, foi possível concluir algo sobre o que a estagiária já havia refletido: é preciso “mais” além do que é abordado “nos livros”. É vital a existência de teorias e formas de intervenção validadas empiricamente. No entanto, cada pessoa é única, com dificuldades e formas de lidar com as mesmas bastante distintas. E, de facto, verificou-se que após adaptar o conhecimento teórico à situação se tornou necessário “pensar além de...”, desenvolvendo, juntamente com a restante equipa, objetivos a alcançar específicos, assim como estratégias bastante próprias de lidar com a situação/dificuldade.

A nível pessoal, pode afirmar-se que este estágio proporcionou um grande crescimento e aprendizagem à estagiária acerca daquilo que a mesma é e ambiciona vir a ser. A estagiária que termina este relatório é alguém mais maduro, ponderado, que aprendeu a refletir bastante antes de agir e tomar decisões, que conhece as suas dificuldades e desenvolveu estratégias de colmatar as mesmas, que reconhece os seus pontos fortes e sabe como utilizá-los e valorizá-los. É alguém que aprendeu com a experiência e contacto com os clientes e profissionais, alguém que se tornou ainda mais altruísta e sensível perante a dificuldade do outro. É alguém que quer ajudar o próximo conjugando conhecimento teórico e prático com uma postura de humildade e respeito. Alguém que aprendeu a trabalhar em equipa, e que compreende o conceito de estar inserido num local de trabalho.

Por tudo o que foi abordado, é compreensível que, para a estagiária, a Nuclisol Jean Piaget – Unidade de Vila Real constituirá, sempre, uma segunda família, sentimento

descrito no hino da mesma: *“somos uma família de verdade, numa casa cor-de-rosa, num mundo infinito e onde todos temos lugar cada qual com o seu valor e identidade”*.

Aqui todos temos lugar	Encontro um mundo infinito
Com valor e identidade	Com aromas a jasmim.
Todos formamos unidos	
Uma família de verdade	Aqui traço o meu futuro,
	Por caminhos de aprendiz
Sou um Eu por inteiro	Pinto sonhos pelo escuro
Sou sonho e realidade	Aqui sei que sou feliz
Porque neste cantinho	
Eu encontro a liberdade	Assim bate o coração...
	Nuclisol Jean Piaget
Liberdade de crescer	Caminhamos pela missão,
De brincar e de estudar.	Nosso lema é o que se vê
Dando as mãos em harmonia	
Com a força de acreditar.	Que se vê e se faz ouvir
	Que se vive e se faz sentir
Nesta casa cor-de-rosa	Por quem forma esta família
Que parece não ter fim	Com vontade de prosseguir.

Este relatório termina com o Hino da Instituição, caracterizando todo o significado do estágio para a estagiária. Caracteriza o sentimento de pertença, o sentimento de continuar a prosseguir o trabalho desenvolvido e o sentimento de que a Educação ainda tem futuro.

Referências

- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade – Jogos Facilitadores de Aprendizagem*. Psicossoma.
- Alves, M., e Oliveira, I. (2011). Síndrome de Down: determinantes e desafios. in C. Pessôa, C. Costa e M. Benvenuti (Orgs). *Comportamento em foco 1* (3144). S. Paulo. Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC)
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arnkellsson, G., e Sigurdsson, T. (2014). The validity of the Supports Intensity Scale for adults with psychiatric disabilities. *Research in developmental disabilities*, 35(12), 3665-3671, doi:10.1016/j.ridd.2014.09.006
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. consultado a 20 de outubro de 2015 e retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt/content/regulamento-profissional>
- Atwell, J. , Conners, F. e Merrill, E. (2003). Implicit and Explicit Learning in Young Adults With Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 108(1), 56-68, doi: [10.1352/0895-8017\(2003\)108<0056:IAELIY>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2003)108<0056:IAELIY>2.0.CO;2)
- Bakel, M., Einarsson, I., Arnaud, C., Craig, S., Michelsen, S. I., Pildava, S., ... e Cans, C. (2013). Monitoring the prevalence of severe intellectual disability in children across Europe: feasibility of a common database. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 56(4), 361-369; doi: 10.1111/dmcn.12281
- Beck, G., Derrey, S., Gayral, N., Guillemin, C., Labarrere, I., Lecoeur-Pichot, C., e Rodrigues, P. (2004). La psychomotricité. *Le Journal de l'Etablissement Public de Sante Charcot Plaisir*, 18, 2-8.
- Bertoti, D. B. (1988). Effect of therapeutic horseback riding on posture in children with cerebral palsy. *Physical Therapy*, 68 (10), 1505-1512.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Brêtas, J., Pereira, S., Cintra, C., e Amirati, K. (2005). Avaliação de funções psicomotoras de crianças entre 6 e 10 anos de idade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(4), 403-12.
- Bueno, J. (2014). *Psicomotricidade Teoria e Prática – da escola à aquática*. 1ª edição. Cortez Editora: São Paulo,
- Burack, J., Hodapp, R., e Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge University Press.
- Caputo, E. e Costa, M. (2014). Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres pós-menopáusicas com osteoporose. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 54(6), 467-473. doi: 10.1016/j.rbr.2014.02.008

Carsetti, R., Valentini, D., Marcellini, V., Scarsella, M., Marasco, E., Giustini, F., ... e Ugazio, A. G. (2015). Reduced numbers of switched memory B cells with high terminal differentiation potential in Down syndrome. *European journal of immunology*, 45(3), 903-914. doi: [10.1002/eji.201445049](https://doi.org/10.1002/eji.201445049)

Carvalho, A., Campos, P., e Crusoé-Rebello, I. (2010). Síndrome de Down: Aspectos relacionados ao sistema estomatognático. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 9 (1), 49-52.

Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A Psicomotricidade*. 5, 73-78

Castro, A. e Pimentel, S. (2009). Atendimento Educacional Específico Síndrome de Down: desafios e perspectivas na inclusão escolar. *Educação inclusiva, deficiência e contexto social: questões contemporâneas* [online]. Salvador: EDUFBA.

Celestino, M., Pereira, J. e Barela, A. (2011). Avaliação das habilidades motoras grossas em adolescentes com síndrome de Down. *Brazilian Journal of Motor Behavior*, 6(2). 16-21.

Channell, M., Loveall, S., e Conners, A. (2013). Strengths and weaknesses in reading skills of youth with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 34(2), 776-787. doi: [10.1016/j.ridd.2012.10.010](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.10.010)

Chicon, J., Sá, M. e Fontes, A. (2014). Natação, Ludicidade e Mediação: a Inclusão da Criança Autista na Aula. *Revista da Sobama*, 15 (1), 15-20

Coppus, A. (2013). People with intellectual disability: What do we know about adulthood and life expectancy?. *Developmental disabilities research reviews*, 18(1), 6-16. doi:10.1002/ddrr.1123

Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança - Psicomotricidade Relacional*. Trilhos Editora: Lisboa.

Decreto-lei nº 119/83. Ministério dos Assuntos Sociais. *Diário da República*, 1ª Série – Nº 46 – 25 de fevereiro de 1983, 643-656.

Dicionário Básico da Língua Portuguesa (2006), Porto, Porto Editora.

Doney, R., Lucas, B., Jones, T., Howat, P., Sauer, K. e Elliott, E. (2014). Fine motor skills in children with prenatal alcohol exposure or fetal alcohol spectrum disorder. *Journal of Developmental e Behavioral Pediatrics*, 35(9), 598-609. doi: [10.1097/DBP.0000000000000107](https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000107)

European Down Syndrome Association. (2016). Down Syndrome. Acedido a 5 de Janeiro de 2016 em <http://www.edsa.eu/down-syndrome/>

Faria, P., Nicolau, J., Melek, M., Oliveira, N., Bermudez, B., e Nisihara, R. (2014). Associação entre cardiopatias congênitas e infeções graves em crianças com síndrome de Down. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33 (1), 15-18. doi: 10.1016/j.repc.2013.05.008

FEP (2016). European Forum of Psychomotricity. Consultado no dia 29 de março de 2016 em <http://psychomot.org/>

Ferreira, E., Teixeira, F., e Pereira, E. (2016) Sensorial Integration and Intellectual Disabilities: Influence of Psychomotor Intervention. *IOSR Journal of Sports and Physical Education (IOSR-JSPE)*. (3)2, 44-49

Ferreira, T., Martinez, A., e Ciasca, S. M. (2010). Avaliação psicomotora de escolares do 1º ano do ensino fundamental. *Revista Psicopedagogia*, 27(83), 223-235.

Fidler, D., Most, D., e Philofsky, A. (2008). The Down syndrome behavioural phenotype: Taking a developmental approach. In *Down Syndrome Research and Practice - Advance Online Publication*. doi:10.3104/reviews. 2069, 37-44

Fillat, C., Bofill-De Ros, X., Santos, M., Martín, E., Andreu, N., Villanueva, E., d'Amico, D., Dierssen, M., e Altafaj, X. (2014). Identificación de genes clave implicados en el síndrome de Down mediante terapia génica. *Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down*, 18 (2), 21-28. doi:10.1016/S1138-2074(14)70049-1

Fiorentin, C. F., e Vargas, D. D. (2006). O uso de álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 2(2), 1-13

Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C. e First, M. (2007). Introduction. In Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C. e First, M. (eds). *Diagnostic Manual-ID: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with ID: 1-10 National Association for the Dually Diagnosed in association with APA*. NY/USA

Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade – Perspetivas Multidisciplinares*. Âncora Editora: Lisboa.

Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade, uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade - Congresso Europeu de Psicomotricidade*. 3. 18- 31.

Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem (1ªed.)*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos seus fatores*. 3ª edição. Âncora Editora: Lisboa

Frank, K., e Esbensen, A. J. (2015). Fine motor and self-care milestones for individuals with Down syndrome using a Retrospective Chart Review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(8), 719-729. doi: [10.1111/jir.12176](https://doi.org/10.1111/jir.12176)

Frank, R., Schone, A., Borella, D., Storch, J., Harnisch, G., Duarte, A., e Boaro, D. (2013). Promoção do bem-estar para pessoas com deficiência: Iniciativas do Programa UNIAFA – Atividades Aquáticas e seus benefícios. *Revista Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, 11 (3), 192-201.

Freire, R., Duarte, N., e Hazin, I. (2012). Fenótipo neuropsicológico de crianças com síndrome de Down. *Psicologia em Revista*, 18(3), 354-372.

Freire, R., Melo, S., Hazin, I., e Lyra, M. C. (2014). Aspectos neurodesenvolvimentais e relacionais do bebê com Síndrome de Down. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(2), 247-259, doi: 10.12804/apl32.2.2014.05

Garcia, R., Rossi, N. e Giacheti, C. (2007). Perfil de habilidades de comunicação de dois irmãos com a síndrome alcoólica fetal. *Revista CEFAC*, 9(4) 461-468.

Giusta, A. (2013). Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. *Educação em Revista*, 29(1), 20-36.

Goffinski, A., Stanley, M. A., Shepherd, N., Duvall, N., Jenkinson, S. B., Davis, C., ... e Roper, R. J. (2015). Obstructive sleep apnea in young infants with Down syndrome evaluated in a Down syndrome specialty clinic. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 167(2), 324-330, doi: [10.1002/ajmg.a.36903](https://doi.org/10.1002/ajmg.a.36903)

Grieco, J., Pulsifer, M., Seligsohn, K., Skotko, B., e Schwartz, A. (2015, June). Down syndrome: Cognitive and behavioral functioning across the lifespan. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 169 (2), 135-149).

Grouios, G., e Ypsilanti, A. (2011). *Language and visuospatial abilities in Down syndrome phenotype: a cognitive neuroscience perspective*. INTECH Open Access Publisher.

Harries, J., Guscia, R., Kirby, N., Nettelbeck, T., & Taplin, J. (2005). Support needs and adaptive behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 110(5), 393-404, doi: [10.1352/0895-8017\(2005\)110\[393:SNAAB\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2005)110[393:SNAAB]2.0.CO;2)

Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.

Hartman, E., Houwen, S., Scherder, E., e Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 468-477. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x

Hove, O., e Havik, O. (2010). Developmental level and other factors associated with symptoms of mental disorders and problem behaviour in adults with intellectual disabilities living in the community. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(1), 105-113. Doi:10.1007/s00127-009-0046-0

Hoyme, H., May, P., Kalberg, W., Kodituwakku, P., Gossage, J., Trujillo, P., Buckley, D., Miller, J., Aragon, A., Khaole, N., Viljoen, D., Jones, K., e Robinson, L. (2005). A Practical Clinical Approach to Diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Clarification of the 1996 Institute of Medicine Criteria. *Pediatrics*, 115 (1), 39-47. doi: [10.1542/peds.2004-0259](https://doi.org/10.1542/peds.2004-0259)

Instituto Piaget. (2015) *História Instituto Piaget*, retirado em 8 de novembro e disponível em <http://www.ipiaget.org/>

Jones, J. (2012). Factors associated with self-concept: adolescents with intellectual and development disabilities share their perspectives. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(1), 31-40. DOI: 10.1352/1934-9556-50.1.31

Ke, X., e Liu, J. (2015). Deficiência Intelectual. In J. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, Ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Kuppens, S., Bossaert, G., Buntinx, W., Molleman, C., Van den Abbeele, A., & Maes, B. (2010). Factorial validity of the supports intensity scale (SIS). *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(4), 327-339, doi: [10.1352/1944-7558-115.4.327](https://doi.org/10.1352/1944-7558-115.4.327).

Lambert, N., Nihira, K. e Leland, H. (1993). *AAMR Adaptive Behaviour Scale – School, examiner's manual* (2ª ed.). Austin, Tx: PRO-ED.

Loon, J. (2009). Uso de la Escala de Intensidad de Apoyos en la práctica. Asignación de recursos y planificación de apoyos individuales basados en la Escala de Intensidad de Apoyos. *Siglo Cero*, 40(1), 54-66.

Lott, I., e Dierssen, M. (2010). Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down's syndrome. *Lancet Neurology*, 9 (6), 623-33. doi: [10.1016/S1474-4422\(10\)70112-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70112-5)

Lucas, B., Latimer, J., Pinto, R., Ferreira, M., Doney, R., Lau, M., ... e Elliott, E. (2014). Gross motor deficits in children prenatally exposed to alcohol: a meta-analysis. *Pediatrics*, 134, 192-209, doi: [10.1542/peds.2013-3733](https://doi.org/10.1542/peds.2013-3733)

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., ... Tassé, M. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation

Luckasson, R., e Schalock, R. L. (2013). Defining and applying a functionality approach to intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 657-668. Doi: [10.1111/j.1365-2788.2012.01575.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01575.x)

Mansur, S., e Marcon, A. (2006). Perfil motor de crianças e adolescentes com deficiência mental moderada. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 16(3), 9-15.

Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e Relacional. Fonseca, V. e Martins, R. (eds). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz – Quebrada: Edições FMH

Martins, R., e Naia, A. (2006). Psicomotricidade na instabilidade psicomotora – um caso clínico. *A Psicomotricidade*. 7, 39-53

Mason, M. (2004). *Effects of therapeutic riding in children with autism*. Tese de Doutorado, ProQuest Information and Learning Company (not published)

Matias, A. (2005). Terapia Psicomotora em meio aquático. *A Psicomotricidade*. 5: 68-76.

Matos, A. (2008). Fundamentos da Teoria Piagetiana: Esboço de Um Modelo. *Revista Ciências Humanas da Universidade de Taubaté*, 1(1), 1-13

Matos, S., Santos, L., Pereira, C., e Borges, K (2007). Síndrome de Down: Avanços e perspectivas. *Revista Saúde*. 3(2): 77-86

Matson, J. e Laud, R. (2007). Assessment and Treatment Psychopathology among People with Developmental Delays. in J. W. Jacobson, J. A. Mullick e J. Rojahn (edts). Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities – issues in clinical child psychology (507-539). New York: Spring Science.

Mauerberg-de Castro, E., Tavares, C., Panhan, A., Iasi, T., Figueiredo, G., de Castro, M., Braga, G., e de Souza Paiva, A. (2013). Educação física adaptada inclusiva: impacto na aptidão física de pessoas com deficiência intelectual. *Revista Ciência em Extensão*, 9 (1), 35-61.

McDermott, S., Durkin, M. S., Schupf, N., e Stein, Z. A. (2007). Epidemiology and etiology of mental retardation. In *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (3-40). Springer US.

Medina-Papst, J., e Marques, I. (2010). Avaliação do desenvolvimento motor de crianças com dificuldades de aprendizagem. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 12(1), 36-42.

Mello, A., (1989) *Psicomotricidade – Educação Física – Jogos Infantis*. 6ª edição. Ibrasa.

Meneghetti, C., Blascovi-Assis, S., Deloroso, F., e Rodrigues, G. (2009). Avaliação do equilíbrio estático de crianças e adolescentes com síndrome de Down. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(3), 230-235.

Mesquita, M., e Segre, C. (2009). Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 19 (1), 63-77.

Moeschler, J., Shevell, M., Saul, R., Chen, E., Freedenberg, D., Hamid, R., ... e Tarini, B.. (2014). Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. *American Academy of Pediatrics*, 134(3), e903-e918, doi: [10.1542/peds.2014-1839](https://doi.org/10.1542/peds.2014-1839)

Momino, W., Sanseverino, M., e Schüller-Faccini, L. (2008). Prenatal alcohol exposure as a risk factor for dysfunctional behaviors: the role of the pediatrician. *Jornal de Pediatria*, 84(4), S76-S79, doi: 10.1590/S0021-75572008000500011

Morato, P., e Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14(1), 51-55.

Moreira, L., El-Hani, C., e Gusmao, F. (2000). A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 96-99.

Nakadonari, E., e Soares, A. (2013). Síndrome de Down: considerações gerais sobre a influência da idade materna avançada. *Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar*, 11(1), 5-9, DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/arqmudi.v11i1.19988>

Nascimento, F., Almeida, M., Souza, J., Lima, J., e Santos, R. (2007). A enfermeira pediatra cuidando de crianças/adolescentes com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (4), 619-624.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2000), Prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Research e Health*, 24(1), 32-41.

Nicola, M. (2004). *Psicomotricidade – Manual Básico*. Revinter Editora: Rio de Janeiro.

Niort, J., e Vázquez, F. (2016). Comparative study of laterality in people with fragile X syndrome, people with intellectual disabilities, and people with typical development. *Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition*, 1-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1357650X.2016.1208663>

Nuclisol Jean Piaget. (2015), *Quem Somos*. retirado em 26 de outubro e disponível em <http://www.nuclisol.org/>

Oliveira, T., e Simões, S. (2007). O consumo de bebida alcoólica pelas gestantes: um estudo exploratório. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (4), 632-638.

Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (2010). *Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão*. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> acessado em 10-05-2016

Osti, A. (2009). Concepções sobre desenvolvimento e aprendizagem segundo a psicogênese piagetiana. *Revista de Educação*, 12(13), 109-118

Pádua, G. (2009). A Epistemologia Genética de Jean Piaget. *Revista da Faculdade Cenecista de Vila Velha (FACEVV) 1º Semestre*, (2): 22-35

Palangana, I.(2015). *Desenvolvimento e Aprendizagem em Piaget e Vigotski: A relevância do social*. 6ª Edição. São Paulo: Summus editorial.

Papadatou-Pastou, M., e Tomprou, D. (2015). Intelligence and handedness: Meta-analyses of studies on intellectually disabled, typically developing, and gifted individuals. *Neuroscience e Biobehavioral Reviews*, 56, 151-165. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.06.017>

Patterson, M. (2015). *The effect of therapeutic riding on classroom attention of children with developmental disabilities* (Doctoral dissertation, Mississippi State University). not published

Pereira B., (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor - da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade* (4): 88-93.

Pereira, L. e Calsa, G. (2014). A Importância da Psicomotricidade e do Processo de Tomada de Consciência para Prevenção de Dificuldades de Aprendizagem na Educação Infantil. *Schème-Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas*, 6 (2), 93-114.

Pinho, P., Pinto, A., e Monteiro, V. (2006). Síndrome Fetal-Alcoólico: a perspectiva do psicólogo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), 271-285.

Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3: 47-52.

Popovici, D. V., e Buică-Belciu, C. (2013). Self-Concept pattern in adolescent students with intellectual disability. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78, 516-520. Doi: 10.1016/j.sbspro.2013.04.342

Poppes, P., Putten, A., e Vlaskamp, C. (2010). Frequency and severity of challenging behaviour in people with profound intellectual and multiple disabilities. *Research in developmental disabilities*, 31(6), 1269-1275. doi:10.1016/j.ridd.2010.07.017

Prado, M., Mestrinheri, L., Frangella, V., e Mustacchi, Z. (2009). Acompanhamento nutricional de pacientes com Síndrome de Down atendidos em um consultório pediátrico. *Revista O mundo da saúde*, 33 (3), 335-346.

Probst, M., e Vliet, P. (2005). A terapia psicomotora aplicada a pacientes psiquiátricos adultos numa perspectiva flamenga. *Revista A Psicomotricidade* (6):15-33

Probst, M., Knapen, J., Poot, G., e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.

Projeto Educativo (2015-2018). Nuclisol Jean Piaget. Unidade de Vila Real. Documento não Publicado.

RACP (2015). *Regulamento de Estágio Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais*. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. Documento não publicado.

Ramalho, J., e Santos, M. R. (2015). Alcohol Syndrome: Educative Intervention. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 21(3), 335-344.

Reis, S. (2008). Efeitos da Intervenção Psicomotora em contexto de sala e em meio aquático na criança com atraso no desenvolvimento psicomotor. *Revista A Psicomotricidade*. 11, 67-77

Rezende, J., Gorla, J., Araújo, P., e Carminato, R. (2003) Bateria psicomotora de Fonseca: uma análise com o portador de deficiência mental.. *Lecturas: Educación física y deportes*, (62), 26.

Ribeiro, A., e Bezerra, J. (2015). Psicomotricidade e Educação Musical: reflexões para o desenvolvimento psicomotor da criança através do método de Dalcroze. In *Colloquium Humanarum* (12)3, 75-85. Doi: 10.5747/ch.2015.v12.n3.h221

Rintala, P. e Loovis, E.. (2013). Measuring motor skills in finnish children with intellectual disabilities. *Perceptual e Motor Skills*, 116(1), 294-303. DOI 10.2466/25.10.PMS.116.1.294-303

Roberts, L., e Richmond, J. (2015). Preschoolers with Down syndrome do not yet show the learning and memory impairments seen in adults with Down syndrome. *Developmental science*, 18(3), 404-419, DOI: 10.1111/desc.12225

Rocha, A., Moura, T., Ogata, G., Paixão, K., Silvério, P., e Sugitani, C. (2014). Atuação da Terapia Aquática no Atendimento Interdisciplinar na Educação Inclusiva. *Revista Adapta*, 10 (1), 17-20.

Rodrigues, R. (2010). Aprimoramento do Processo Cognitivo em Ambientes de Aprendizagem em Rede. *Revista Competência*. (3)1, 93-104

Roncadin, C., Hitzler, J., Downie, A., Montour-Proulx, I., Alyman, C., Cairney, E., e Spiegler, B. J. (2015). Neuropsychological late effects of treatment for acute leukemia in children with down syndrome. *Pediatric blood e cancer*,62(5), 854-858, DOI: 10.1002/pbc.25362

Roque, C., e Santos, S. (2010). Comportamento adaptativo na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental: Novas terminologias e desenvolvimento de competências. *Revista de Educação Especial e Reabilitação (17)*: 59-77

Santiago, A., Santos, G., Santos, M., Nunes, R., Dias, S., e Coutinho, I. (2011). Benefícios da equitação com fins terapêuticos na reabilitação de crianças com paralisia cerebral. *Revista Fisioterapia Brasil*, 12 (4), 310-315

Santos, D., de Araújo Miranda, L., da Silva, E., de Moura, P., e de Freitas, C. (2013). Compreendendo os significados das emoções e sentimentos em indivíduos autistas no ambiente aquático. *Revista ConScientiae Saúde*, 12(1), 122-127.

Santos, S e Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo Versão Portuguesa - fichas de registo*. (documento não publicado).

Santos, S. (2014). Adaptive behaviour on the Portuguese curricula: A comparison between children and adolescents with and without intellectual disability. *Creative Education*, (5), 501-509, DOI:10.4236/ce.2014.57059

Santos, S. e Morato, P. (2012b). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. In Santos, S. e Morato, P. (Eds) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (101-120). Lisboa: Edições FMH.

Santos, S. e Morato, P. (2012c). O Comportamento Adaptativo em Portugal. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. 19- 33. Cruz Quebrada: FMH Edições.

Santos, S., e Morato, P. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê?. *Revista brasileira de educação especial*, 18(1), 3-16.

Santos, S., e Morato, P. (2016). O Comportamento Adaptativo No Currículo. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16(S1), 736-740, doi: 10.1111/1471-3802.12330.

Santos, S., e Santos, S. (2007). Comportamento adaptativo e qualidade de vida nas crianças com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação, IV Série*, 14, 57-67.

Santos, S., Morato, P., e Luckasson, R. (2014). Psychometric properties of the Portuguese version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and developmental disabilities*, 52(5), 379-387, doi: <http://dx.doi.org/10.1352/1934-9556-52.5.379>

Santos, S., Morato, P., Ferreira, S., Aniceto, H., Colaço, A., Nogueira, J., Pereira, J., & Rocha, C. (2009). Escala de Intensidade de Apoios – Estudo de validação e análise exploratória. *Revista de Educação Especial e Reabilitação* (16): 39-56

Santos, S., Morato, P., Monteiro, A., Fiúza, R., Carvalho, R. e Nunes, S. (2008). Adaptação da escala de intensidade de apoios: estudo preliminar. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 15, 43-63.

Schalock R., Luckasson R., Shogren K., Borthwick-Duffy S., Bradley V., Buntinx W., Coulter D., Craig E., Gomez S., Lachapelle Y., Reeve A., Martha Snell M., Spreat S., Tasse M., Thompson J., Verdugo M., Wehmey M., Yeager M. (2007). *The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116-124.

Schalock, R. e Luckasson, R. (2004). American association on mental retardation's definition, classification, and system of supports and its relation to international trends and issues in the field of intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1(3-4), 136-146

Schalock, R. e Luckasson, R. (2013). What's at stake in the lives of people with intellectual disability? Part I: The power of naming, defining, diagnosing, classifying, and planning supports. *Intellectual and developmental disabilities*, 51(2), 86-93. DOI: 10.1352/1934-9556-51.2.086

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., ... Yeager, M. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual Disability.

Schuit, M., Segers, E., Balkom, H., e Verhoeven, L. (2011). How cognitive factors affect language development in children with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 32(5), 1884-1894. Doi:10.1016/j.ridd.2011.03.015

Scott, N. (2005). *Special needs, special horses*. USA: Library of Congress.

Segre, C., (2010). Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. *Sociedade de Pediatria de São Paulo*, São Paulo: Parma Ltda.

Silva, I., & Barreto, M. (2012). Análise das modalidades de desenvolvimento cognitivo nas crianças com Síndrome de Down. *Caderno Intersaberes*, 1(1), 113-127.

Silva, N., e Dessen, M. (2002). Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. *Interação em Psicologia*, 6(2), 167-176.

Silvério, F., e Nilton, C. (2010). Os benefícios da equoterapia no desenvolvimento da criança com deficiência física. *Caderno Multidisciplinar de Pós-Graduação da UCP* 1 (4). 1-14.

Siqueira, V. (2006). Síndrome de Down: translocação robertsoniana. *Saúde e Ambiente em Revista*, 1(1). 23-29.

Sommer, C., e Henrique-Silva, F. (2008). Trisomy 21 and Down syndrome: a short review. *Brazilian Journal of Biology*, 68(2), 447-452, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-69842008000200031>

Tahara, A., Santiago, D., e Tahara, A. (2006). As atividades aquáticas associadas ao processo de bem-estar e qualidade de vida. *Revista Digital – Buenos Aires*, (11)103.

Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K., e 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. DOI: 10.1352/1944-7558-117.4.291

Teixeira-Arroyo, C., e Oliveira, S. (2007). Atividade aquática e a psicomotricidade de crianças com paralisia cerebral. *Revista Motriz*, 13 (2), 97-105.

Thompson, J., Bradley, V., Buntix, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M., Borthwick-Duffy, S., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachappelle, Y., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M., Verdugo, M. e Yeager, M. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 47(2), 135-146. DOI: 10.1352/1934-9556-47.2.135

Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., ... Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale: Users manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation

Thompson, J., Hughes, C., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M., Bryant, B., Craig, E. e Campbell, E. (2002). Integrating Supports in Assessment and Planning. *Mental Retardation*. 40 (5): 390-405, doi: [http://dx.doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0390:ISIAAP>2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0390:ISIAAP>2.0.CO;2)

Thompson, J., Schalock, R., Agosta, J., Teninty, L., e Fortune, J. (2014). How the supports paradigm is transforming the developmental disabilities service system. *Inclusion*, 2(2), 86–99. doi:10.1352/2326-6988-2.2.86

Thompson, J., Tassé, M. e Schalock, R. (2008). *Supports Intensity Scale: Supplemental Administration and Scoring Procedures*. Washington: AAIDD.

Tsutsumi, O., Cruz, V., Chiarello, B., Junior, D., e Alouche, S. (2004). Os benefícios da natação adaptada em indivíduos com lesões neurológicas. *Revista Neurociências*, 12 (2), 82-85.

Turner, L. (2015). *Assessment of horses for therapeutic riding purposes: comparison of physiological and behavioral parameters*. Acedido em 5 de outubro de 2016 e retirado de http://digitalcommons.wku.edu/stu_hon_theses

Vale, J., Corredeira, R., Vasconcelos, O., Rodrigues, P., Barros, B., e Bastos, T. (2016). O efeito de um programa educacional de equitação terapêutica no desenvolvimento da coordenação motora e equilíbrio em crianças com perturbações do espectro do autismo. In C. Neto, J. Barreiros, R. Cordovil e F. Melo (edts). *Estudos do Desenvolvimento Motor da Criança VII* (205-211). Edições FMH

Valente, P., Santos, S. e Morato, P. (2011). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 15: 10-23.

Vasconcelos, M. (2004). A neurobiologia do retardo mental. *Jornal de Pediatria*, 80(2 Supl), S71-82.

Ventrudo, T. (2007). *Parent's Perspective: Is Horseback Riding Beneficial to Children with Disabilities?*. Touro College.

Vieira, J. L. (2014). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspetivas OnLine* 2007-2010, 3 (11), 64-68

Vuijk, P., Hartman, E., Scherder, E., e Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of intellectual disability research*, 54(11), 955-965, DOI: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x

Wiseman, F. K., Al-Janabi, T., Hardy, J., Karmiloff-Smith, A., Nizetic, D., Tybulewicz, V. L., ... e Strydom, A. (2015). A genetic cause of Alzheimer disease: mechanistic insights from Down syndrome. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 564-574, doi: 10.1038/nrn3983.

Woolf, S., Woolf, C. M., e Oakland, T. (2010). Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. *Intellectual and developmental disabilities*, 48(3), 209-215, doi: <http://dx.doi.org/10.1352/1944-7558-48.3.209>

World Health Organization (WHO). (2007). *Intellectual Disability – A Manual for CBR Workers*. Regional Office for South-East Asia

Zemel, B. S., Pipan, M., Stallings, V. A., Hall, W., Schadt, K., Freedman, D. S., e Thorpe, P. (2015). Growth charts for children with Down syndrome in the United States. *Pediatrics*, 136(5), e1204-e1211, DOI: 10.1542/peds.2015-1652

Anexos
