



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Intervenção Psicomotora no Centro de Atividades Ocupacionais da Fundação AFID Diferença

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

Orientador: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Júri:

Presidente: Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogal: Mestre Joana Figueiredo Gonçalves

Vogal: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Alexandra Gonçalves Moreira de Abreu Cortiçada

2019

Agradecimentos

Esta secção dedica-se a todos aqueles que me acompanharam ao longo deste período de estágio e que me permitiram a vivência de uma experiência bastante enriquecedora em termos pessoais e profissionais. A todos eles expresso um grande agradecimento.

À Doutora Sofia Fonseca, Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação, por ser a melhor orientadora local que alguma vez poderia ter tido e por todos os dias me apoiar, ensinar e desafiar a ser uma melhor profissional.

À Direção da Fundação AFID Diferença por me permitirem viver esta experiência na sua “casa”.

A toda a equipa técnica da AFID por me acolherem como uma de vós e por me fazerem sentir integrada desde o primeiro dia.

Aos clientes da AFID por todo o carinho e disponibilidade que me ofereceram e por todas as lições de vida que me transmitiram. É sem dúvida por vossa causa que vivi uma experiência desafiante e bastante gratificante que possibilitou o meu crescimento enquanto ser humano e profissional.

À Professora Doutora Sofia Santos, orientadora académica, por todos os conhecimentos transmitidos, por todos os desafios e, acima de tudo, por todo o apoio dado ao longo desta etapa.

Por fim, à minha família e amigos por partilharem esta experiência comigo e por estarem sempre presentes e me apoiarem todos os dias.

Muito obrigada a todos!

Resumo

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas ao longo do presente ano curricular no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) da Fundação AFID Diferença. Ao longo de 8 meses a estagiária trabalhou com adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) e Paralisia Cerebral (PC) em sessões de Atividade Física Adaptada (AFA), Natação Adaptada, Estimulação Multissensorial em Sala de *Snoezelen* e Psicomotricidade em sala. O relatório inicia-se com a apresentação da instituição, seguindo-se uma revisão da literatura onde são descritas as principais características da população apoiada, o que é a intervenção psicomotora e quais os contextos em que o psicomotricista intervém. A segunda parte do relatório dedica-se exclusivamente à descrição da intervenção desenvolvida pela estagiária, nomeadamente ao nível das etapas percorridas, os grupos apoiados e os contextos onde se desenvolveram as sessões. Ainda neste domínio é descrito o trabalho realizado com os dois estudos de caso que envolveu uma avaliação inicial, a elaboração de um plano de habilitação terapêutico, a intervenção psicomotora propriamente dita e a avaliação final. A conclusão envolve ainda uma reflexão acerca do trabalho desenvolvido com os estudos de caso e dos objetivos alcançados.

Palavras-chave: Estágio; Intervenção Psicomotora; Atividade Física Adaptada; Natação Adaptada; Estimulação Multissensorial; *Snoezelen*; Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais; Perturbações do Espectro do Autismo; Paralisia Cerebral; Centro de Atividades Ocupacionais.

Abstract

This report describes the internship activities developed during the current curricular year in the Center of Occupational Activities of Fundação AFID Diferença. During 8 months the trainee worked with adults with Intellectual and Developmental Disabilities, Autism Spectrum Disorders and Cerebral Palsy in sessions of Adapted Physical Activity, Adapted Swimming, Multisensorial Stimulation in a Snoezelen Room and Psychomotor Therapy in room. This report begins with the presentation of the institution, followed by a literature review describing the main characteristics of the population supported, what is the psychomotor intervention and the contexts in which the psychomotor therapy occurred. The second part of the report is devoted exclusively to the description of the intervention carried out by the trainee, namely at the level of the stages covered, the groups supported and the contexts in which the sessions took place. Also in this domain is described the work done with the two case studies that involved an initial evaluation, the elaboration of a therapeutic habilitation plan, the psychomotor intervention and the final evaluation. At the end, a reflection is made on the work developed with the case studies and the objectives achieved.

Keywords: Internship; Psychomotor Intervention; Adapted Physical Activity; Adapted Swimming; Multisensorial Stimulation; Snoezelen; Intellectual and Developmental Disabilities; Autism Spectrum Disorders; Cerebral Palsy; Center of Occupational Activities.

Índice Geral

Agradecimentos.....	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Índice Geral	v
Índice de Tabelas	viii
Índice de Figuras	viii
Índice de Anexos	viii
Introdução.....	1
Enquadramento da Prática Profissional	3
Caracterização da Instituição – A AFID	3
Fundação e Crescimento da AFID	3
A AFID na Atualidade - Visão, Missão, Objetivos e Valores.....	4
Políticas	5
Organograma.....	7
Áreas de Intervenção.....	8
Centro de Atividades Ocupacionais.....	12
Caracterização da População-Alvo	16
Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais	16
Definição.....	16
Etiologia e Epidemiologia.....	17
Classificação	18
Características.....	19
<i>Domínio Cognitivo</i>	19
<i>Domínio da Comunicação, Linguagem e Socialização</i>	20
<i>Domínio Psicomotor</i>	21
<i>Domínio Adaptativo</i>	23
Co morbilidades.....	25
Correlação com os Casos Acompanhados	26
Perturbação do Espectro do Autismo.....	28
Definição.....	28
Etiologia e Epidemiologia.....	29
Características.....	30
<i>Comunicação e Interação Social</i>	30
<i>Comportamentos e Interesses Repetitivos e Limitados</i>	31
<i>Características Motoras</i>	32
<i>Domínio Adaptativo</i>	33
Comorbilidades.....	33

Correlação com os casos acompanhados	34
Paralisia Cerebral.....	35
Definição.....	35
Etiologia e Epidemiologia.....	35
Classificação	36
Características.....	37
<i>Domínio Cognitivo</i>	37
<i>Domínio Psicomotor</i>	38
<i>Domínio Social, de Comunicação e Linguagem</i>	39
<i>Domínio Adaptativo</i>	40
Comorbilidades.....	41
Correlação com os casos acompanhados	41
A Intervenção Psicomotora	42
Atividade Física Adaptada e Desporto Adaptado	44
Natação Adaptada	46
Estimulação Multissensorial	47
Intervenção Psicomotora na Fundação AFID Diferença.....	50
Calendarização e Organização do Estágio.....	50
Momentos do Estágio.....	52
Fase de Observação	52
Fase de Observação Participada	52
Fase de Intervenção Supervisionada.....	53
Fase de Intervenção Autónoma	53
Grupos Acompanhados.....	54
Atividade Motora Adaptada.....	54
AFA e Caminhada	55
Corfebol.....	57
Natação Adaptada	58
Psicomotricidade em Sala	59
Aspetos Gerais da Intervenção	60
Intervenção Psicomotora com os Estudos de Caso	62
Estudos de Caso.....	62
Instrumentos	63
<i>Checklist</i> de Competências Psicomotoras	65
Procedimentos.....	67
Os Casos:	68
P.....	68
Perfil Intraindividual e Plano de Intervenção.....	69
<i>O programa psicomotor do P</i>	74

Apresentação e Discussão dos dados	76
Principais Conclusões da Intervenção.....	80
A.....	82
Perfil Intraindividual e Plano de Intervenção.....	82
<i>O Programa Psicomotor do A.</i>	87
Apresentação e Discussão dos Resultados	88
Principais Conclusões da Intervenção.....	92
Atividades Complementares	94
Conclusão e Reflexão Pessoal	96
Referências	98
Anexos	cxvii

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Horário do Primeiro Trimestre do Estágio.	50
Tabela 2 - Horário de Intervenção da Estagiária.	51
Tabela 3 - Descrição dos grupos de AMA acompanhados pela estagiária.	54
Tabela 4 - Descrição dos grupos de AFA acompanhados pela estagiária.	56
Tabela 5 - Descrição dos grupos de corfebol acompanhados pela estagiária.	57
Tabela 6 - Descrição do grupo de natação adaptada acompanhado pela estagiária. .	58
Tabela 6 (cont.)- Descrição do grupo de natação adaptada acompanhado pela estagiária.	59
Tabela 7 - Descrição dos grupos de psicomotricidade em sala acompanhados pela estagiária.	59
Tabela 8 - Perfil IntraIndividual psicomotor e adaptativo do P.	70
Tabela 9 - Objetivos Gerais e Específicos para Intervenção Psicomotora do P.	74
Tabela 10 - Avaliação do P. na ECAP.	76
Tabela 11 - Perfil IntraIndividual psicomotor e adaptativo do A.	86
Tabela 12 - Objetivos Gerais e Específicos para Intervenção Psicomotora do A.	87
Tabela 13 - Avaliação do A. na ECAP.	89

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma da Fundação AFID Diferença (AFID, 2017k).	7
Figura 2 - Avaliação do P. na Checklist de Competências Psicomotoras.	77
Figura 3 - Avaliação do A. na Checklist de Competências Psicomotoras.	89

Índice de Anexos

Anexo A - Exemplo de Sessão e Relatório de AMA.	cxviii
Anexo B - Exemplo de Sessão e Relatório de AFA (Caminhada)	cxx
Anexo C - Exemplo de Sessão e Relatório de Corfebol.	cxxi
Anexo D - Exemplo de Sessão e Relatório de Natação Adaptada.	cxxiii
Anexo E - Exemplo de Sessão e Relatório de Psicomotricidade em Sala.	cxxviii
Anexo F - Exemplo de Sessão e Relatório da Intervenção Individual com o P.	cxxix
Anexo G - Exemplo de Sessão e Relatório da Intervenção Individual com o A.	cxxxii

Introdução

O presente Relatório de Estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), componente integrante do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, realizado na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

A RACP é o culminar do Mestrado e realiza-se ao longo de todo o segundo e último ano curricular, devendo o estudante ser integrado numa instituição ou nouro local de intervenção para Pessoas com Dificuldades ou Perturbações do Desenvolvimento. Neste âmbito o estagiário deverá ser capaz de aprofundar os conhecimentos relacionados com a sua área profissional, tornando-se progressivamente mais qualificado neste domínio (Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora [NRMRP], 2016).

Ao nível do estágio de Intervenção Psicomotora pretende-se que o estudante seja capaz de avaliar o desenvolvimento dos seus clientes, identificar o seu perfil intraindividual e elaborar, implementar e avaliar corretamente programas de intervenção psicomotores (NRMRP, 2016). É ainda da competência do estagiário a identificação de situações inibidoras ou facilitadoras do desenvolvimento destes indivíduos e fornecer as respostas adequadas. Já no que respeita ao trabalho com profissionais de outras áreas é fundamental a integração em equipas multidisciplinares, bem como a partilha de conhecimentos e uma comunicação eficiente, de modo a implementar planos de intervenção transdisciplinares adequados às necessidades dos clientes. Por fim, no que diz respeito ao envolvimento, torna-se necessário desenvolver as competências essenciais para o correto aconselhamento de familiares e comunidade (NRMRP, 2016).

Neste âmbito, a presente Atividade de Estágio insere-se na área de intervenção da Funcionalidade e Qualidade de Vida e decorreu no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) da Fundação AFID Diferença onde foram acompanhados adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) e Paralisia Cerebral (PC).

Deste modo, o presente relatório pretende que o leitor compreenda todo o trabalho desenvolvido pela estagiária ao longo dos vários meses de intervenção. Este inicia-se com uma componente teórica destinada à caracterização do local onde decorreu o estágio, à caracterização das principais perturbações acompanhadas, fundamentalmente em termos de definição, etiologia, epidemiologia e características do desenvolvimento e à caracterização da intervenção psicomotora e das suas áreas de atuação. A segunda parte do relatório é totalmente dedicada à intervenção psicomotora

realizada pela estagiária. Neste capítulo é feita referência aos vários momentos experienciados pela estagiária, desde a fase de observação até à fase de intervenção autónoma. São descritos todos os grupos acompanhados, bem como os objetivos estabelecidos, o tipo de trabalho realizado e a avaliação final da intervenção. A parte final destina-se à descrição do trabalho realizado com os dois estudos de caso escolhidos pela estagiária e que envolveu a recolha de informações de anamnese, a aplicação de dois instrumentos que pretendiam avaliar o Comportamento Adaptativo (CA) e as Competências Psicomotoras dos clientes, a identificação do seu Perfil de Desenvolvimento Intraindividual, a elaboração e implementação de um Plano de Intervenção Terapêutico e a aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação terminado o período de intervenção. O relatório termina com uma reflexão relativamente aos resultados alcançados pelos estudos de caso, culminando com uma reflexão acerca da experiência vivida pela estagiária.

Enquadramento da Prática Profissional

Neste primeiro capítulo será feita uma apresentação do local onde o presente estágio decorreu - a Fundação AFID Diferença, sendo feita uma descrição mais detalhada do seu Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), visto que foi o local onde a estagiária realizou toda a sua prática. Posteriormente, será feita uma abordagem teórica relativa aos diagnósticos mais comuns e presentes nos processos clínicos dos clientes do CAO com quem se interveio: Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), Paralisia Cerebral (PC) e Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Por fim, será feita uma descrição do que é a intervenção psicomotora, qual a sua importância para a população em causa, o modo como é preconizada pela instituição e a que foi concretizada pela estagiária.

Caracterização da Instituição – A AFID

Fundação e Crescimento da AFID

A Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa Deficiente (AFID) foi fundada em 1985, por um grupo de pais de indivíduos com deficiência e de técnicos que com eles trabalhavam, com o objetivo de integrar e reabilitar pessoas com necessidades especiais ou em situação de desvantagem (AFID, 2017a). Durante os primeiros anos de existência, a sua principal missão foi a de alargar os conhecimentos da sociedade sobre questões relacionadas com a deficiência, pelo que o trabalho inicial esteve principalmente ligado à realização de conferências e ações de sensibilização dirigidas à comunidade e às instituições que acolhiam pessoas com deficiência, em várias regiões do país (AFID, 2017b). Paralelamente eram também realizadas reuniões com Órgãos Governamentais que visavam partilhar as principais preocupações desta população bem como de quem com eles interagia diariamente relativamente a áreas como o emprego, a saúde, entre outras (AFID, 2017b).

Alguns anos mais tarde, a AFID opta por criar novos serviços com o objetivo de satisfazer as necessidades reportadas pelas famílias dos indivíduos que acompanhavam. Deste modo em 1992 é criado o projeto “Passeios com Deficientes”, que ocorria durante os fins-de-semana e consistia na realização de passeios a diferentes locais, permitindo quebrar as rotinas diárias destas pessoas e possibilitando o conhecimento de novas realidades (AFID, 2017b).

Em 1994 é inaugurado o **Centro de Apoio a Pessoas com Deficiência**, constituído por uma Residência e por um CAO com capacidade para receber onze e vinte pessoas, respetivamente (AFID, 2017b). Em 1999 é construído o **Centro Social e**

de Reabilitação, uma instalação de maiores dimensões que permitia acompanhar mais famílias. No mesmo ano é ainda criada a **AFID Clean**, uma empresa que recebe trabalhadores com deficiência, ou há muito desempregados, e que presta serviços na área das limpezas (AFID, 2017b).

Em 2000 é criado o **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** que durante o primeiro ano de funcionamento foi apenas dirigido para a população com deficiência, mas que a partir de 2001 passou também a incluir pessoas idosas. Também nesse ano foi inaugurado o **Centro de Recursos do Zambujal** que integra uma creche e um pré-escolar e que recebe crianças até aos seis anos (AFID, 2017b). Em 2004 surgem os **Cursos de Formação Profissional para Pessoas com Deficiência** destinados a indivíduos com deficiência ou com dificuldades na integração social e profissional, abrangendo as áreas da jardinagem, carpintaria e multisserviços (AFID, 2017b).

Em 2005, e por forma a integrar todos os novos serviços e áreas de intervenção, a Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa Deficiente dá lugar à **Fundação AFID Diferença** (AFID, 2017b). Em 2008 é inaugurada a **AFID Green**, a segunda empresa dedicada à criação de postos de trabalho para os indivíduos com deficiência ou em situação de desemprego de longa duração. Aqui são prestados serviços de construção e mantimento de espaços verdes. Em 2009 nasce a **Creche da Venteira** (AFID, 2017b).

Em 2011 as Respostas Sociais de CAO, Lar Residencial e SAD receberam a certificação de Modelos de Avaliação da Qualidade da Segurança Social, Nível A (Excelência), e a totalidade dos Serviços Prestados pela Fundação foram certificados pela Norma Europeia EQUASS (AFID, 2017b). Em 2013 foi construída a **AFID Geração**, composta por uma nova creche, uma residência para idosos e um novo serviço de apoio domiciliário (AFID, 2017b).

A apresentação da história de uma instituição é importante para perceber o motivo da sua criação e o modo como foi evoluindo ao longo dos anos de forma a dar resposta às necessidades que foram sendo sentidas por parte da sua comunidade. Contudo, é também fundamental compreender como funciona na atualidade, pelo que de seguida será apresentada a visão e a missão da instituição, os objetivos e políticas que guiam a atividade dos profissionais que lá trabalham, bem como a organização da instituição e as áreas onde esta intervém.

A AFID na Atualidade - Visão, Missão, Objetivos e Valores

A AFID é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), desde 1988 (AFID, 2017b), classificada como Pessoa Coletiva de Utilidade Pública e que presta uma

grande variedade de serviços a uma vasta população com diferentes faixas etárias, desde os bebés até aos gerontes (AFID, 2017a). A sua **visão** é a de que todas as pessoas com deficiência ou em situação de desvantagem devem ter uma participação ativa numa sociedade inclusiva, e a sua **missão** passa por prestar serviços de qualidade que permitam aumentar a inclusão, apoio, autonomia, saúde, educação e formação dos indivíduos que apoia diariamente (AFID, 2017a). Deste modo, os principais **objetivos** da instituição passam por garantir a construção de espaços destinados a apoiar as pessoas com deficiência ou em situação de desvantagem e as respetivas famílias, promovendo a sua “Reabilitação, Saúde, Educação, Formação, Desinstitucionalização e Integração” (AFID, 2017a, parágrafo 5). São ainda objetivos, o apoio às populações em maior situação de desfavorecimento (e.g.: crianças e idosos), a promoção da integração através da arte (i.e.: atividades arte-terapêuticas), o aumento do conhecimento da comunidade relativamente às questões ligadas à deficiência e a deteção precoce de casos de deficiência (AFID, 2017a).

Todo o trabalho realizado pela instituição está ainda assente no cumprimento dos **valores** éticos, de integridade, solidariedade, respeito, rigor, humanização e igualdade de oportunidades (AFID, 2017a). Neste âmbito, e enquanto estagiária, é de se referir que se consideraram, ao longo de toda a prática, estes valores na relação pessoal com os clientes, outros técnicos e com as famílias, respeitando-se todos os valores éticos inerentes à atividade profissional e relação técnico-cliente, tentando manter a integridade e coerência em todas as etapas vivenciadas, em espírito de solidariedade humana, visando a equiparação de oportunidades em contexto real, pautando-se pelo máximo rigor possível.

Políticas

Baseada na sua visão, missão, objetivos e valores, a AFID, rege-se por sete políticas gerais que orientam os serviços prestados pelos profissionais da instituição, garantindo a qualidade dos mesmos (AFID, 2017c):

- A **Política de Qualidade** pretende garantir que todos os clientes estejam satisfeitos na instituição, que usufruam de cuidados individualizados e personalizados e que a equipa técnica se sinta bem e motivada no local de trabalho, cumprindo todos os requisitos exigidos ao nível da certificação de qualidade. A sua função passa também por assegurar a evolução contínua da AFID em termos científicos, sociais e técnicos (AFID, 2017d). Além disso, a AFID baseia-se na premissa da necessidade de se continuar a repensar estratégias e serviços, visando sempre contribuir para a melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade (AFID, 2017d);

- A **Política de Inclusão** pretende possibilitar a capacitação dos clientes e a sua inclusão/participação tanto na instituição como na comunidade, assegurando que não sejam discriminados. A sua missão inclui ainda alertar a sociedade sobre as questões associadas às pessoas com deficiência ou em situação desvantajosa, mantendo para isso diversas parcerias e lutando pelos direitos de todos; por outro lado, a instituição atenta numa prática de modelos de intervenção inclusivos, tais como, a participação ativa de cada cliente no planeamento dos próprios planos de vida e na provisão dos serviços e apoios; destaca-se ainda o Código de Ética numa visão de não discriminação (AFID, 2017e);

- A **Política de Recursos Humanos** decide quais as funções e responsabilidades que cada profissional de determinada área deve ter na AFID; acompanha o processo de seleção dos técnicos, garantindo que não existem práticas discriminatórias e abusivas; procura assegurar a segurança e saúde dos mesmos, valorizando o desempenho profissional para que se mantenham constantemente atualizados e motivados no exercício da sua profissão, premiando a excelência e o mérito. Esta política é também responsável por assegurar que indivíduos com deficiência são contratados para trabalharem na instituição (AFID, 2017f);

- A **Política de Parcerias** é responsável por criar parcerias de qualidade com outras entidades, assegurando que se mantenham ao longo do tempo e por garantir a constante evolução pela investigação através da associação a Instituições de Ensino Superior (e.g.: Faculdade de Motricidade Humana) e a outras Organizações Sociais, focando-se, tal como referido anteriormente, nos requisitos para a certificação; a monitorização e avaliação das ações de parceria, bem como a participação no desenvolvimento socioeconómico da comunidade local fazem parte desta lista de objetivos (AFID, 2017g);

- A **Política de Desenvolvimento Sustentável** responsabiliza-se por garantir a constante realização de investigações bem como a participação dos seus colaboradores em seminários e ações de formação, com o objetivo de promover a atualização de conhecimentos por parte da equipa técnica e a utilização das práticas mais inovadoras; a garantia da sustentabilidade da própria instituição é outro dos objetivos da AFID que procura rentabilizar os seus recursos da melhor maneira (e.g.: quer ao nível da qualidade do departamento de gestão da instituição, quer através de uma utilização racional de energia). A sua missão passa também por alertar a população para as questões relacionadas com o gasto energético e com a responsabilidade ambiental (AFID, 2017h);

- A **Política de Marketing e Comunicação** é responsável pela realização de parcerias com outras entidades com o objetivo de garantir o financiamento necessário ao funcionamento da instituição, através de medidas de divulgação da AFID e das suas atividades, garantindo os direitos de imagem e de autor; divulga o trabalho realizado na AFID para a comunicação social, assegurando a não discriminação das pessoas envolvidas e incentiva à realização de eventos na comunidade, de modo a promover uma sociedade mais inclusiva (AFID, 2017i); e

- A **Política Ambiental** procura promover a proteção e preservação do ambiente incitando tanto clientes como colaboradores à utilização de práticas ecológicas, através do cumprimento da legislação na área e privilegiando as atitudes e medidas preventivas ao nível do ambiente; acresce ainda o desenvolvimento e a aplicação de processos de avaliação na área (AFID, 2017j).

Organograma

O conhecimento do funcionamento da AFID passa também pela análise da sua estrutura organizativa, tal como demonstra o seu organograma (figura 1).

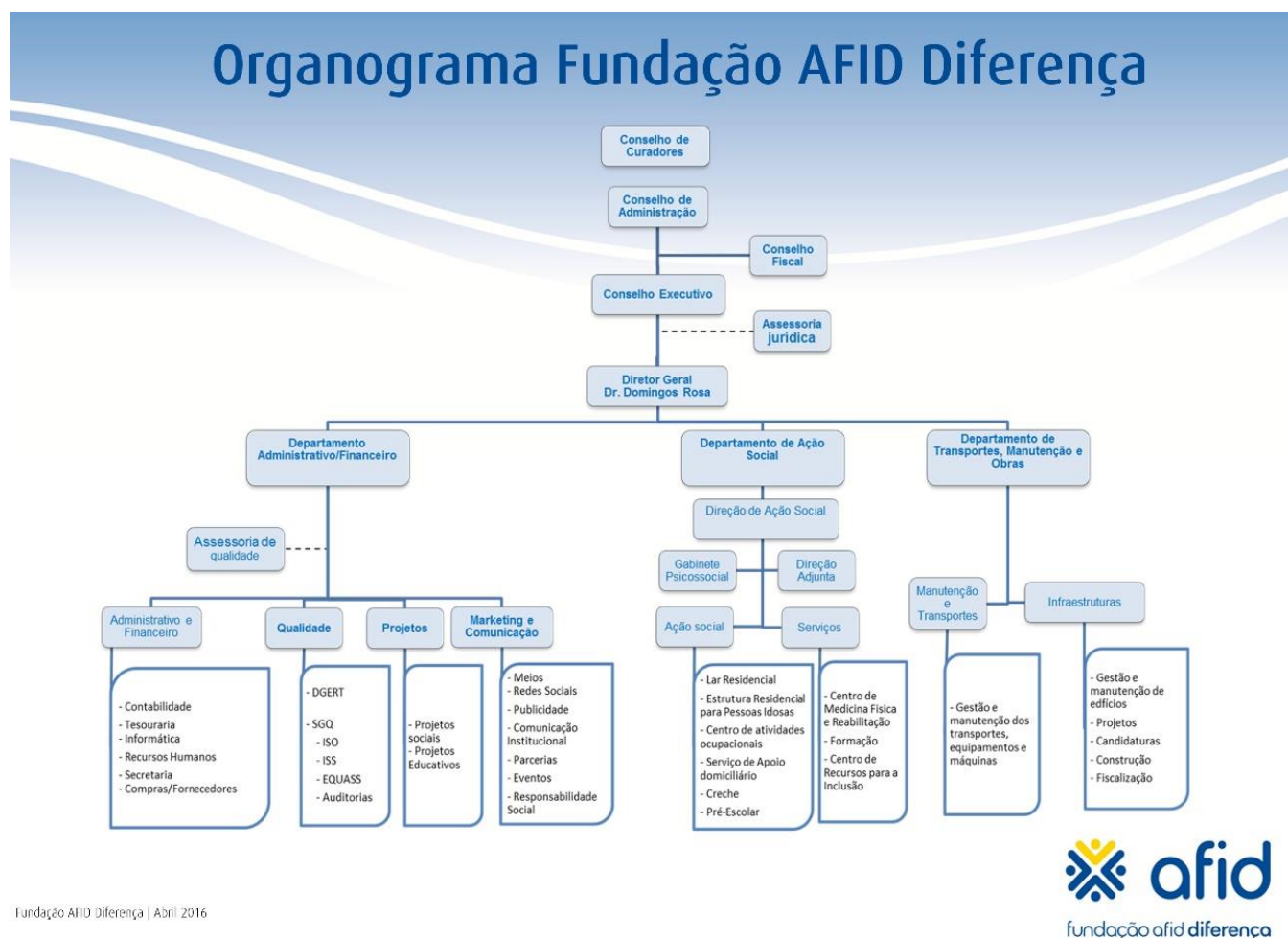


Figura 1 - Organograma da Fundação AFID Diferença (AFID, 2017k).

No topo da hierarquia encontra-se a direção, o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal e o Conselho Executivo, responsáveis por supervisionar o trabalho dos três departamentos da AFID (AFID, 2017k) com funções próprias: o departamento administrativo/financeiro é responsável pelos assuntos relacionados com a contabilidade, os recursos humanos, a qualidade dos serviços prestados, os projetos implementados e o marketing da instituição; o departamento de ação social responsabiliza-se pelas respostas de ação social e pelos serviços prestados; e, por último, o departamento de transportes, manutenção e obras gere os processos de aquisição e manutenção de transportes bem como as questões relacionadas com as infraestruturas da instituição (AFID, 2017k).

Áreas de Intervenção

Atualmente a AFID dispõe de oito áreas de intervenção, criadas de modo a dar resposta às necessidades da vasta população que atende (AFID, 2017l):

- **AFID Kids** - é a valência da instituição dirigida para a infância e fornece serviços de creche e pré-escolar, sendo formada por três instalações: a Creche da AFID Geração, o Centro de Recursos do Zambujal e a Creche da Venteira (AFID Kids, 2017). O serviço de creche acolhe crianças entre os quatro meses e os três anos de idade, apoiando ainda as famílias, preferencialmente residentes ou trabalhadores no concelho da Amadora e zona ocidental de Lisboa (AFID Kids, 2017a). Os seus principais objetivos passam por garantir que estas se desenvolvam de forma saudável e equilibrada dentro de um ambiente seguro, de acordo com as suas características individuais, providenciando atividades no âmbito da estimulação cognitiva e desenvolvimento pessoal, apelando à criatividade e expressão artística, motora e dramática, utilizando o lúdico e o jogo como estratégia de aprendizagem e fomentando atividades extracurriculares (e.g.: adaptação ao meio aquático, expressão musical, saídas e passeios, colónias de férias, entre outros), fazendo ainda a identificação de possíveis casos especiais (e.g.: deficiência) (AFID Kids, 2017a). Ainda neste serviço, a instituição procura valorizar a vida familiar com a atividade profissional do agregado familiar, colaborando com a família, numa interação personalizada de qualidade e valorizadora da ação familiar.

O serviço de pré-escolar da AFID recebe crianças com idades entre os três e os cinco anos e tem como principais objetivos proporcionar um ambiente estável, garantindo que se desenvolvam em termos cognitivos, sociais, afetivos e psicomotores e que transitem facilmente para o ensino básico (AFID Kids, 2017b). Assim, para serem alcançados os objetivos propostos, são promovidas atividades de estimulação cognitiva

e motora, atividades de caráter lúdico (e.g.: jogos e passeios) e atividades artísticas (e.g.: expressão plástica e dramática). Existe, ainda, a possibilidade de participarem em atividades extra como a adaptação ao meio aquático e a expressão musical tanto na creche como no pré-escolar, e a dança clássica no caso do serviço de pré-escolar (AFID Kids, 2017a; AFID Kids, 2017b). Tal como a outra valência deste serviço, também se procura apoiar do ponto de vista social, as famílias residentes nos concelhos da Amadora e Lisboa, numa interação contínua e disponível (AFID Kids, 2017b).

- **Unidade de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (UADI)** - é um serviço de reabilitação dirigido a crianças até aos dez anos que apresentam um conjunto de dificuldades que põem em causa a sua funcionalidade. Trata-se de um serviço individualizado e personalizado que oferece um conjunto de terapias diversificadas, com uma equipa transdisciplinar, como a fisioterapia, hidroterapia, psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional e psicomotricidade com o objetivo de diminuir as suas dificuldades (AFID, 2017m). Nesta unidade, destacam-se dois métodos terapêuticos inovadores e distintos destinados à estimulação da marcha: o método Peditasuit e o Bobath, e garante-se o acompanhamento das famílias, para a promoção da Qualidade de Vida (QdV) de todo o agregado familiar (AFID, 2017m).

- **Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)** - destina-se a crianças e jovens com, e tal como anteriormente designadas, Necessidades Educativas Especiais, com limitações significativas ao nível da atividade e da participação, num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de caráter permanente, e ao abrigo do Decreto-Lei N.º 3/2008 e do atual Decreto-Lei n.º54/2018, que frequentam escolas da zona da Amadora, Sintra e Oeiras. Este serviço, creditado pelo Ministério da Educação por mais quatro anos letivos, conta com um conjunto de técnicos qualificados em áreas como a psicomotricidade, psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, entre outras, que intervêm com o objetivo de auxiliar os alunos a alcançarem os objetivos educacionais determinados. O CRI alerta ainda o pessoal docente para a importância da inclusão destes alunos na escola regular, auxilia no processo de avaliação e intervenção com eles, intervém na elaboração de planos educativos individuais e fornece auxílio nos períodos de transição da escola para a vida ativa (AFID, 2017n).

- **Formação Profissional (FP)** - é um serviço da AFID dirigido para pessoas com a idade mínima legal para trabalhar, que não possuem qualquer certificação, escolar ou profissional, que lhes permita exercer uma profissão mas que estejam interessadas em aumentar os seus conhecimentos e competências de modo a terem maior facilidade em adquirirem um posto de trabalho. Atualmente, este serviço realiza formações nas áreas

da jardinagem, carpintaria e multisserviços, estando certificada enquanto entidade formadora pela DGERT – Direção Geral de Emprego e das Relações do Trabalho, e desenvolvendo, também, ações de formação ao abrigo do Programa Operacional Regional de Lisboa, Tipologia da Operação, Qualificação – Pessoas com Deficiência ou Incapacidade (AFID, 2017o). Para usufruir deste serviço, há que comprovar a existência da “deficiência”, cumprir os requisitos da escolaridade obrigatória (i.e.: idade igual ou superior a 18 anos, ou entre 16 e 17 anos se tiver diploma de nível secundário ou em caso de encaminhamento por parte da escola, estar inscrito no Centro de Emprego da zona de residência), ser-se funcional e autónomo nas deslocações e gestão da rotina diária e ter interesse profissional (AFID, 2017o).

- **AFID Green** – é uma empresa de inserção social que oferece empregos na área da jardinagem – espaços particulares, públicos e áreas verdes de empresas circundantes da AFID, a pessoas com deficiência e em situação de desvantagem, bem como a indivíduos desempregados de longa duração procurando a inclusão, a vida ativa e a QdV dos seus clientes (AFID Green, 2017).

- **Centro de Reabilitação** – é um serviço que se encontra disponível tanto para os clientes da AFID como para a comunidade e onde são prestados tratamentos de medicina física e de reabilitação (e.g.: consultas de fisioterapia, fisioterapia, hidroterapia, entre outros) (AFID Centro de Medicina Física e Reabilitação, 2017) com o objetivo de proporcionar mais autonomia e uma melhor qualidade de vida a quem deles usufrui (AFID Centro de Medicina Física e Reabilitação, 2017a).

- **AFID Sénior** - é a resposta social destinada à população idosa, cujo objetivo é promover a QdV dos clientes, sendo constituída por uma residência sénior e um serviço de apoio domiciliário (AFID Sénior, 2017). A residência sénior destina-se a pessoas com uma idade superior a 65 anos, tendo capacidade para 63 clientes, e tem como principal missão garantir o seu bem-estar e qualidade de vida, combatendo o isolamento social e a solidão envolvendo a família e fomentando atividades intergeracionais – relação entre crianças e idosos, e a comunidade (AFID Sénior, 2017a). Para tal conta com uma grande variedade de cuidados domésticos e terapêuticos fornecidos por uma equipa técnica diversificada, onde se incluem os serviços de higiene, cuidados pessoais, alimentação e alojamento e os cuidados médicos, de enfermagem, psicologia, fisioterapia, hidroterapia e nutrição. Estão ainda disponíveis atividades recreativas, culturais e religiosas (AFID Sénior, 2017a).

O serviço de apoio domiciliário foi criado de modo a dar resposta às necessidades do quotidiano da população idosa, e suas famílias, que por algum motivo

não é capaz de as satisfazer de modo independente, prevenindo, assim, internamentos desnecessários e promovendo uma dinâmica familiar saudável, através da estimulação de competências funcionais de vida diária (AFID Sénior, 2017b). Esta resposta social disponibiliza refeições, serviços de higiene e de cuidado pessoal, serviços de limpeza e arrumações, deslocações à comunidade, apoio psicológico, entre outros (AFID Sénior, 2017b).

Faz ainda parte da missão da AFID Sénior a realização de atividades socioculturais de modo a proporcionar o envelhecimento ativo e a melhor QdV possível para esta população, sendo realizadas atividades de forma regular com o objetivo de promover a “saúde, sociabilidade, autonomia, cultura, memória, linguagem e até mesmo o exercício físico regular”, tais como saídas à comunidade, visitas culturais, estimulação cognitiva e sensorial, entre outros (AFID Sénior, 2017c, parágrafo 2).

- **AFID Reab** – é a valência destinada à população com deficiência e tem como função “a prestação de serviços nas áreas residencial, ocupacional, apoio domiciliário, educação, terapêutica, reabilitação, formação, artes plásticas e apoio à inclusão”(AFID Reab, 2017, 2º parágrafo), articulando com o CAO e com o Centro de Medicina Física e de Reabilitação (AFID Reab, 2017). A AFID Reab oferece aos seus clientes três respostas sociais: um Lar Residencial, um Serviço de Apoio Domiciliário e um Centro de Atividades Ocupacionais (AFID Reab, 2017). O Lar Residencial é disponibilizado a pessoas com idade igual ou superior a 16 anos com deficiência que não possuam condições para realizar as atividades do quotidiano de forma autónoma ou com ajuda de terceiros, atuando como recurso complementar ao apoio familiar. Além do alojamento, o Lar Residencial tem ao dispor uma equipa técnica que fornece serviços de auxílio nos cuidados pessoais, de limpeza do quarto e da roupa, acompanhamento a espaços da comunidade, transporte, atividades lúdicas e recreativas, treino de autonomia e apoio psicológico. Todo o trabalho realizado tem como objetivo principal promover ou manter a autonomia dos clientes e garantir o seu bem-estar e qualidade de vida (QdV), promover o seu empoderamento e, ao mesmo tempo, proporcionar momentos de lazer e entretenimento (AFID Reab, 2017a). Este Lar Residencial situa-se em dois equipamentos: 1) Centro Social de Alfragide e com sede no 2) Centro de Reabilitação do Zambujal, funcionando ambos 24 horas por dia, durante todo o ano (AFID Reab, 2017).

O Serviço de Apoio Domiciliário surgiu para dar resposta à população adulta com deficiência que não tem capacidades para realizar as atividades do dia-a-dia de modo independente. Este serviço consiste na deslocação de uma equipa a casa dos clientes, com maior nível de dependência, com o objetivo de prestar apoio personalizado na

satisfação das necessidades básicas e atividades de vida diária como: higiene e cuidados pessoais, limpeza da casa e vestuário, fornecimento e administração de refeições, apoio psicológico, apoio na deslocação aos serviços da comunidade e possibilitar a participação em atividades recreativas, com o intuito de fornecer a estabilidade necessária para a manutenção de um bem-estar global e de prevenir internamentos desnecessários (AFID Reab, 2017b).

A AFID Reab é ainda constituída por um Centro de Atividades Ocupacionais (CAO). Uma vez que foi apenas aqui que foi realizado o presente estágio, seguidamente será feita uma apresentação mais detalhada acerca deste local.

Centro de Atividades Ocupacionais

O Centro de Atividades Ocupacionais é uma das respostas sociais direcionadas para a população com deficiência com idade igual ou superior a 16 anos (AFID Reab, 2017c). Os seus objetivos principais incluem a promoção e a manutenção das competências dos clientes, de modo a possibilitar uma melhor autonomia e QdV; promover a sua inclusão na sociedade; incentivar o estabelecimento de relações interpessoais saudáveis; garantir a sua participação em atividades terapêuticas com o objetivo de promover o seu bem-estar global; possibilitar a participação em formações e a aquisição de emprego; trabalhar as questões relativas à autorrepresentação, para que estes se tornem participantes ativos nas escolhas diretamente relacionadas com as suas vidas; e inculcar os hábitos de assiduidade, pontualidade e organização, essenciais para a manutenção de um emprego (AFID Reab, 2017c). Ainda de acordo com a mesma fonte, todos os clientes do CAO podem usufruir do Gabinete Psicossocial, Lar Residencial e Centro de Medicina Física e de Reabilitação, bem como de outras parcerias complementares (AFID Reab, 2017c).

A equipa técnica do CAO promove várias atividades que possibilitam que os clientes alcancem os objetivos estabelecidos (AFID Reab, 2017c):

- As **Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social** permitem trabalhar as competências essenciais do quotidiano como os cuidados de higiene, a alimentação, o vestuário e as deslocações, entre outros;
- As **Atividades Estritamente Ocupacionais** têm como principal objetivo manter os clientes ocupados durante o período que permanecem no CAO e incluem as pinturas, colagens, recortes, desenhos, a estimulação sensorial e os trabalhos de motricidade fina;
- As **Atividades Artísticas** correspondem a todo o trabalho realizado pelos clientes nos quatro *ateliers* em funcionamento: *ateliers* de pintura, papel, cerâmica e

tecelagem, onde são produzidos materiais que serão vendidos ou colocados em exposição;

- As **Atividades Recreativas** incluem jogar jogos, ver filmes, ouvir música e as atividades realizadas no exterior; e

- As **Atividades Terapêuticas** são promovidas por profissionais especializados e englobam a Fisioterapia, a Hidroterapia, o *Snoezelen*, a Musicoterapia, a Psicologia, a Atividade Física e de Reabilitação, a Terapia Ocupacional e o Tratamento de Animais.

Todas estas atividades são promovidas por uma equipa técnica diversificada onde se incluem Monitores, Auxiliares de Ação Direta, Auxiliares de Ocupação, Psicólogos, Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (TSEER), Monitor de Desporto, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeutas e Assistente Social (AFID, Reab 2017c). A estagiária teve a oportunidade de organizar atividades terapêuticas e recreativas.

O CAO situa-se em dois equipamentos: a sede no Centro Social e de Reabilitação do Zambujal e no Centro Social de Alfragide, funcionando de 2^{af} a 6^{af} das 9h às 17h, apesar de ainda estar previsto um prolongamento de horário como apoio familiar entre as 8h e as 9h e entre as 17h e as 18h30 (AFID Reab, 2017c). Atualmente o CAO tem capacidade para receber 130 clientes que se encontram divididos por salas de acordo com as suas capacidades e potencialidades (AFID, 2017p):

- A **Sala do Bem-Estar** destina-se a atender os clientes da instituição que apresentam menor autonomia e maior necessidade de apoios. De uma forma geral, estes indivíduos estão em cadeiras de rodas e possuem poucas competências comunicativas, pelo que necessitam de acompanhamento a tempo inteiro. Uma vez que a maioria dos clientes passa muito tempo do seu dia em cadeiras de rodas, nesta sala é essencial trabalhar ao nível dos posicionamentos, de modo a evitar a criação de escaras. No caso dos clientes menos dependentes são também trabalhadas questões relativas aos cuidados pessoais, de modo a promover alguns ganhos de autonomia, sendo ainda realizadas atividades lúdicas, de praxia global e fina, expressão plástica e estimulação sensorial. Por se tratar de pessoas com reduzida autonomia, esta é uma das salas com menos clientes;

- A **Sala Estritamente Ocupacional** recebe clientes com pouca autonomia e com elevada necessidade de apoios, mas com maior funcionalidade que os da sala anterior; aqui privilegiam-se as atividades de desenvolvimento pessoal, nomeadamente o treino de autonomia ao nível do vestuário e da utilização da casa de banho, sendo igualmente promovidas muitas atividades lúdicas e ocupacionais;

- A **Sala Ocupacional** acolhe pessoas que têm necessidades e capacidades semelhantes aos da Sala Estritamente Ocupacional, pelo que o trabalho realizado é idêntico, sendo que a principal diferença é que os clientes desta sala têm uma autonomia ligeiramente superior, o que permite um maior trabalho a este nível;

- O **Centro de Alfragide** além de funcionar como Lar Residencial também recebe diariamente clientes que estejam a aprender a executar tarefas de gestão doméstica, como a limpeza da casa, a lavagem da roupa, entre outros; existe também uma sala direcionada para a realização de atividades socio ocupacionais;

- A **Sala Sénior** é a mais recente e foi criada com o objetivo de receber os clientes mais velhos do CAO, que, na sua grande maioria, pertenceram às restantes salas da AFID mas que por atingirem a idade associada ao início do envelhecimento das pessoas com deficiência foram transferidas para este local. Neste espaço privilegia-se o trabalho que possibilite a manutenção das capacidades que estes clientes foram adquirindo ao longo da sua vida, nomeadamente ao nível das autonomias, sendo também realizadas atividades estritamente ocupacionais. Trata-se de uma sala onde o ritmo das atividades não é tão intenso, sendo conferida também uma elevada importância à realização de atividades lúdicas de acordo com as vontades de cada um. Juntamente com a sala do bem-estar, a sala sénior é também das que recebe menos clientes;

- A **Sala da Inclusão** recebe os clientes mais autónomos da instituição, com pessoas que se encontram incluídas na comunidade (alguns têm emprego), pelo que o principal trabalho realizado passa pela aquisição das competências pessoais e sociais essenciais para a vida em sociedade, facilitando a sua inclusão. Deste modo são trabalhadas as questões da autorrepresentação, assertividade, gestão emocional, resolução de problemas, entre outros; e

- Os **Ateliers** são constituídos por quatro grupos de clientes com níveis de funcionalidade e autonomia intermédios que realizam trabalhos artísticos em áreas distintas, nomeadamente ao nível da pintura, cerâmica, tecelagem e reciclagem de papel. O seu principal objetivo passa pela produção de materiais para venda exterior, promovendo a inclusão através da arte.

Com exceção dos clientes da Sala do Bem-Estar, que não eram acompanhados pela orientadora local, a estagiária teve a oportunidade de observar e mais tarde intervir com vários clientes das diferentes salas, nomeadamente nas sessões de Atividade Física Adaptada, Natação Adaptada, Estimulação Multissensorial, Corfebol Adaptado e Psicomotricidade em Sala.

É de se destacar também que a AFID está certificada ao nível da Qualidade pela Norma NP EN ISO 9001:2008, pela Marca ISS (Nível A) e pelo Referencial Europeu EQUASS, Nível II – Excellence, edificando-se como a única Organização atual, a nível nacional, com estas três certificações e a 12^o na Europa com certificação EQUASS, Nível II – Excellence (AFID, 2017a). Além disso, a AFID tem sido premiada ao longo do tempo pelos trabalhos criados pelos clientes dos *ateliers* do CAO e pelos serviços prestados pela AFID Green, tendo recebido a Medalha da Ordem do Mérito no ano de 2011 (AFID, 2017q).

Ao nível do plano estratégico para o biénio 2017-2019, a AFID pretende aumentar o número de clientes atendidos nas suas valências de Serviço de Apoio Domiciliário, CAO e Lar Residencial para Pessoas com Deficiência, adquirir certificações de qualidade mais elevadas nos vários serviços da instituição, aumentar o número de trabalhadores, apostar nas evidências científicas para a validação de práticas, concretizar ações de formação à equipa técnica, promover a inclusão de um maior número de clientes e a realização de atividades na comunidade no âmbito do trabalho artístico desenvolvido nos *ateliers*. É também objetivo da AFID a construção de uma nova infraestrutura que permita atender mais pessoas nas valências de Apoio Domiciliário para Idosos, Lar Residencial para Pessoas com Deficiência e CAO (AFID, 2017r).

Tal como foi referido anteriormente, o CAO da AFID recebe cerca de 130 clientes com diagnósticos variados, sendo mais prevalentes as DID, as PEA e a PC, pelo que em seguida se procederá à revisão da literatura sobre os mesmos, de forma a aprofundar o conhecimento na área e facilitar a compreensão das características das pessoas apoiadas.

Caracterização da População-Alvo

Ao longo deste capítulo será feita a descrição de cada uma das perturbações supramencionadas, nomeadamente em relação à sua definição, etiologia, epidemiologia e caracterização. Por fim, será feita uma relação entre a literatura consultada e as características da população atendida na instituição.

Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

Definição

As últimas décadas têm sido marcadas por mudanças no campo da anteriormente denominada Deficiência Mental, como resultado de alterações na forma como esta população é vista pela sociedade, bem como do facto da anterior terminologia carecer de rigor científico, pelo que era necessário abandonar o seu uso (Morato e Santos, 2007; Morato e Santos, 2012; Santos e Morato, 2012a).

A palavra deficiência ganhou uma conotação negativa, sendo frequentemente utilizada pela sociedade de forma depreciativa (Morato e Santos, 2007; Morato e Santos, 2012; Santos e Morato, 2012a; Schalock, 2002) e com o intuito de insultar alguém (Walsh, 2002), estando também associada ao conceito de imperfeição e irrecuperabilidade, o que fez com que as pessoas com “deficiência” adquirissem o rótulo de inúteis e incapazes perante os demais (Morato e Santos, 2007; Morato e Santos, 2012; Santos e Morato, 2012a). Deste modo, os autores propõem o termo dificuldade, que além de ser menos estigmatizante, está associado à ideia de funcionalidade, ou seja, ao facto de que a prestação dos apoios necessários a esta população irá permitir que estes desempenhem, de forma mais ativa, o seu papel na sociedade (Santos e Morato, 2012a). Por outro lado, o termo mental deve ser substituído por intelectual, uma vez que enquanto o primeiro se associa ao funcionamento da mente como um todo, o segundo está particularmente ligado a fatores intelectuais específicos avaliados pelos testes psicológicos (Morato e Santos, 2007). Salienta-se também a inclusão do termo desenvolvimental como parte da nova designação, fazendo referência à importância da interação dinâmica entre o indivíduo e o seu envolvimento, ao longo do seu período de desenvolvimento (Morato e Santos, 2007; Morato e Santos, 2012; Salvador-Carulla et al., 2011; Santos e Morato, 2012a).

Assim, verifica-se que se foi abandonando o constructo da deficiência, assente na ideia de que as dificuldades de uma pessoa seriam apenas resultado de características intrínsecas à mesma (Buntinx e Schalock, 2010; Wehmeyer et al, 2008), para se adotar uma visão mais ecológica e funcional (Schalock, 2002), centrada na

perspetiva de que as limitações apresentadas por um indivíduo resultam da qualidade da interação entre o mesmo e o seu envolvimento (Buntinx e Schalock, 2010; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007; Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009; Wehmeyer et al, 2008) e que a prestação dos apoios adequados é um meio que permitirá aumentar a sua funcionalidade (Schalock et al., 2007), facilitando a sua independência, produtividade e inclusão na sociedade (Schalock, 2002; Schalock et al., 2010).

Tendo em conta esta mudança de paradigma, a DID é atualmente definida como um conjunto de limitações significativas e concomitantes no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, expressando-se nos domínios conceptuais, sociais e práticos (American Psychiatric Association [APA], 2013; Schalock et al., 2010). Os autores afirmam que o valor de corte para estes dois critérios, que devem ser avaliados por instrumentos validados para o efeito, é de dois desvios-padrão abaixo da média. O diagnóstico de DID implica também que estas limitações se manifestem antes dos 18 anos (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010) ou durante o período desenvolvimental (APA, 2013). Os autores acrescentam ainda cinco premissas a considerar na avaliação: as áreas fortes e as limitações coexistentes devem ser consideradas de acordo com os valores socioculturais e escalão etário, na diversidade cultural e linguística, sensoriomotora e comportamental, que todas as pessoas com (e sem) DID tem áreas fortes e menos fortes, e que um plano de apoios a providenciar ajustado às necessidades individuais irá permitir um aumento na funcionalidade e da qualidade de vida do indivíduo.

Com estas alterações, o processo de avaliação dos indivíduos com DID deixou de ser feito exclusivamente com recurso aos testes psicométricos do nível de inteligência para passar a abranger também o Comportamento Adaptativo (CA) (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b), sendo esta ideia também assumida pela APA (2013).

Etiologia e Epidemiologia

Apesar da etiologia da DID ainda ser desconhecida entre 40% a 60% dos casos (Harris, 2010), as evidências atuais indicam a sua origem multifatorial (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010), sendo resultado de vários fatores de risco que se manifestam ao longo do tempo (Harris, 2010; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010): **fatores biomédicos** onde se destacam as alterações genéticas, cromossómicas e metabólicas, bem como a prematuridade e as complicações durante o momento do parto; **fatores sociais** que englobam a falta de acesso a cuidados de saúde, a pobreza familiar ou a

pobre estimulação do bebé; os **fatores comportamentais** relativos à ações sobre a criança (e.g.: abuso de drogas e álcool por parte dos pais, privação social ou ações violentas para com a criança), e **fatores educacionais** relacionados com a falta de preparação e conhecimentos dos progenitores, a falta de apoio familiar, entre outros (Luckasson et al., 2002).

Por outro lado, outra eventual classificação passa pela ocorrência temporal dos agentes causais dividindo-se em **pré-natal**, **perinatal** e **pós natal** (Harris, 2010; Schalock et al., 2010). Todos os fatores mencionados influenciam a funcionalidade das pessoas com DID (Luckasson et al., 2002), e Harris (2010) acrescenta que aqueles que se verificam durante os períodos pré-natal e perinatal são responsáveis pela “maior severidade” das limitações e maior necessidade de apoio.

Estima-se que a percentagem total de casos de DID seja inferior a 1% da população tanto a nível europeu (European Intellectual Disability Research Network, 2003) como mundial (Harris, 2010) e que seja mais comum no género masculino (Harris, 2010). A maioria dos diagnósticos é feita apenas a partir dos cinco anos de idade (Harris, 2010; Moeschler e Shevell, 2014), sendo que os casos de menor funcionalidade e maiores necessidades de apoio têm tendência a serem identificados mais precocemente (Harris, 2010).

Classificação

A nível nacional, e no que toca à classificação da DID, constata-se a utilização de quatro sistemas, três dos quais se baseiam na mesma categorização das limitações intelectuais e adaptativas e por níveis de severidade: assim, e num modelo biopsicossocial, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) joga com a “deficiência” ao nível das funções e estruturas do corpo que irão limitar a atividade e restringir a participação, em função dos fatores pessoais e contextuais; de forma idêntica a décima versão da *International Classification of Diseases* (ICD 10) da World Health Organization (WHO, 2015) mantém a mesma classificação por nível de deficiência nas suas quatro categorias: ligeira/leve, moderada, severa e profunda, sendo esta terminologia utilizada, também, na última edição do *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5 - APA, 2013) apesar da avaliação se centrar agora nas limitações adaptativas e não intelectuais.

Finalmente e tendo em conta a conceção funcional das DID, as limitações devem ser compreendidas como o resultado da interação entre as características pessoais e as do envolvimento (Buntinx e Schalock, 2010; Schalock et al., 2007; Wehmeyer et al, 2008), pelo que os apoios surgem como estratégias e recursos que visam colmatar as

lacunas nesta relação, promovendo a funcionalidade diária (Luckasson et al., 2002) e realçando-se a variabilidade dos apoios consoante as características pessoais e envolvimentoais (Luckasson e Schalock, 2012; OMS, 2004; Thompson et al., 2009; Schalock et al., 2010). Assim, o novo paradigma na abordagem funcional da DID baseia a sua classificação no perfil de apoios necessário para a funcionalidade diária e participação social (Luckasson et al., 2002; Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009): **intermitentes** ou episódicos e descontinuados, aplicados durante períodos transitórios; **limitados** com uma implicação mais contínua; **extensivos** já com uma periodicidade diária e em mais do que um contexto; e **pervasivos** ou permanentes, de caráter diário e utilizados nos vários contextos.

Características

Como já foi previamente referido, as pessoas com DID apresentam várias limitações na realização das tarefas expectáveis para a sua faixa etária (WHO, 2007). Assim, para garantir que a intervenção realizada com a população em causa fosse ao encontro das suas verdadeiras necessidades e potencialidades tornou-se necessário conhecer as suas principais características. Apesar de vários autores afirmarem que o nível de dependência e o tipo de dificuldades manifestadas por estes indivíduos são heterogéneas (Santos, 2010; WHO, 2007), são apontados alguns aspetos comuns (Santos, 2010).

Domínio Cognitivo

No âmbito cognitivo, Atwell, Connors e Merrill (2003) salientam a existência de dificuldades globais, sendo evidentes limitações ao nível da atenção (Kirk, Gray, Riby e Cornish, 2015; Steele, Karmiloff-Smith, Cornish e Scerif, 2012; WHO, 2007) e memória de trabalho (Numminen, Service e Ruoppila, 2002) com repercussões a nível verbal e visuoespacial (Alloway, 2010), estando também presentes limitações na resolução de problemas simples e complexos (APA, 2013; Schalock et al., 2012;), na regulação do próprio comportamento (e.g.: controlo da impulsividade - Levitas, Dykens, Finucane e Kates, 2007), processamento (Barnhill, Koning e Kartheiser, 2007; Jacobson, Mullick e Rohjan, 2007) e tratamento da informação (Kirk et al., 2015), capacidade de concentração (Santos e Morato, 2012b), e abstração (WHO, 2007). Djuric-Zdravkovic, Japundza-Milisavljevic e Macesic-Petrovic (2010) verificaram que a atenção seletiva de crianças com DID apresentava valores inferiores aos normativos (Wenar e Kerig, 2006), sendo ainda reportadas dificuldades na compreensão causa-efeito (Schalock et al., 2012).

O funcionamento executivo de adultos com DID também tende para limitações (Danielsson, Henry, Ronnberg e Nilsson, 2010) visíveis no âmbito da fluência verbal, compreensão das regras de escrita e leitura, entre outros, bem como na menor flexibilidade cognitiva cujas limitações vão aumentando com o nível de “severidade” da DID (Sgaramella, Carrieri e Barone, 2012), restringindo a generalização das aprendizagens (Wenar e Kerig, 2006) e repercutindo-se em maiores desajustamentos do ponto de vista comportamental (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012d). De uma forma geral, são também indivíduos que aprendem mais lentamente, têm dificuldades em realizar o *transfer* dessas aprendizagens e apresentam pouca motivação, o que associado à sua baixa tolerância à frustração (Fonseca, 1995; Santos e Morato, 2012b) faz com que não se empenhem na realização das suas tarefas e que desistam delas mais facilmente (Fonseca, 1995). Relativamente às aprendizagens escolares, existem dificuldades generalizadas na leitura, escrita e cálculo (Santos e Morato, 2012b).

Domínio da Comunicação, Linguagem e Socialização

A população com DID apresenta dificuldades na utilização da linguagem (WHO, 2007) que levam a limitações na compreensão e expressão, o que por sua vez afeta a sua capacidade para utilizar a linguagem enquanto meio de comunicação (Gouveia, Alves e Teixeira, 2008; WHO, 2007). As pessoas com DID desenvolvem esta competência de forma lenta (Gouveia et al., 2008), e manifestam dificuldades no domínio da linguagem recetiva, integrativa e expressiva (Fonseca, 1995), o que resulta numa pobre utilização da mesma (Gouveia et al., 2008). Para estes autores, as pessoas com DID fazem um uso estereotipado da linguagem, não sendo capazes de a utilizar de forma correta para satisfazer as suas necessidades. No domínio expressivo, David e colegas (2014) identificaram que para além da fala se desenvolver mais tarde nestes indivíduos, mais de metade das crianças do seu estudo apresentavam dificuldades na linguagem falada. No que respeita à componente recetiva, Polišenská, Kapalková e Novotková (2018) identificaram que a compreensão de palavras, frases e histórias das crianças com DID se desenvolvia de forma mais lenta, apesar de apresentar o mesmo trajeto.

É também certo a existência de limitações significativas nas competências sociais (Matson, Dempsey e LoVullo, 2009) ao longo da infância (Bildt et al., 2005), adolescência (Fisher, Griffin e Hodapp, 2011) e idade adulta (van Asselt-Goverts, Embregts, Hendriks, Wegman e Teunisse, 2015). Uma das principais características apontadas passa pela dificuldade em iniciar interações sociais (Santos e Morato, 2012d). Dentro deste contexto, Kemp e Carter (2002) referem que apesar das crianças serem bem aceites pelo grupo de pares, estabelecem menos relações com os outros, passando grande parte do tempo isoladas. Também Bildt e colegas (2005) indicam que

quanto maior forem as necessidades de apoio das crianças com DID maiores são as suas dificuldades de interação social. Estas características também parecem ser evidentes nos adultos, e van Asselt-Goverts e colaboradores (2015) constataram que as redes sociais destes indivíduos eram menores que as do grupo de controlo.

Ainda dentro do domínio da socialização, a população com DID apresenta frequentemente comportamentos estereotipados (Santos, 2010), evidencia dificuldades em compreender e fazer uso das regras sociais (Nieuwenhuijzen e Vriens, 2012; Santos, 2014) e em reconhecer as emoções dos outros, bem como as expressões faciais (Hodapp et al., 1998), o que leva à existência de dificuldades para estabelecer relações estáveis e em criar amizades, apresentando maior propensão para o conflito (Fisher et al., 2011), especialmente com os seus pares com desenvolvimento típico (Fisher et al., 2011).

Por outro lado, as limitações na autorregulação comportamental interferem com a resposta social que as pessoas com DID tendem a manifestar, sendo esta de menor qualidade (Fernández, Padilla-Munóz, Núñez e Pérez-Gil, 2016), caracterizando-se pela falta de consideração pelos sentimentos dos outros (Santos e Morato, 2012d), pela existência de uma maior passividade, isolamento dos pares (Hodapp et al., 1998), um menor nível de responsividade, pro-atividade (Santos e Morato, 2012) e de iniciativa (Barnhill et al., 2007; Hartman, Houwen, Scherder e Visscher, 2010) o que associado à ainda discriminação e desvalorização social (Santos, 2010, 2014) conduz a maiores índices de exclusão social (Fisher et al., 2011).

As dificuldades sociais resultam, quer das limitações cognitivas, quer das dificuldades inerentes à comunicação e linguagem que se traduzem em discursos pouco articulados e de difícil perceção, com ecolálias, vocabulário pobre (Hodapp et al., 1998) e pelas dificuldades em expressar sentimentos e preferências (Barnhill e McNellis, 2012).

Domínio Psicomotor

O desenvolvimento psicomotor desta população também se encontra afetado, sendo visíveis dificuldades em todos os fatores psicomotores, que vão aumentando à medida que a autonomia dos indivíduos com DID diminui e que parecem ser resultado de uma “maior lentidão de desenvolvimento e maturação” (Santos e Morato, 2007, p.27). Santos (2010) refere a relação entre o domínio psicomotor e a aprendizagem de outras competências, dando o exemplo de que limitações na tonicidade e equilíbrio podem gerar problemas ao nível da atenção seletiva, inibição e controlo ou que dificuldades na lateralização afetam as aprendizagens simbólicas, e uma pobre somatognosia tende a

afetar a exploração do envolvimento, a orientação e o reconhecimento do eu, e as questões ao nível da estruturação espacial e temporal influenciam o processo de análise e integração de informação, bem como a memória. Por último, as dificuldades na praxia global e fina condicionam a planificação do ato motor (Santos, 2010).

A menor proficiência motora, ao nível da precisão, coordenação e da velocidade e execução de movimentos é também descrita na literatura (Westendorp, Houwen, Hartman e Visscher, 2011) traduzindo-se, a nível psicomotor, por dismetrias e dispraxias (Fonseca, 1995). As alterações tónicas e de equilíbrio (Carmeli, Bar-Yossef, Ariav, Levy e Liebermann, 2008; Lemay, Le e Richer, 2010; Vjuik et al., 2010) irão ter consequências no controlo postural (Antunes e Santos, 2015; Cleaver, Hunter e Ouellette-Kuntz, 2009; Vuijk et al., 2010; Wuang et al., 2008) e da marcha (Enkelaar, Smulders, Lantman-de Valk, Weerdesteyn e Geurts, 2013; Zikl, Holoubková, Karásková e Veselíková, 2013). A restrição das oportunidades para a exploração do envolvimento associadas às limitações visuo-espaciais (Godde, Tsao, Gepner e Tardif, 2018), detêm consequências ao nível da estruturação espácio-temporal (Barnhill et al., 2007; Godde et al., 2018). As maiores hesitações ao nível da lateralidade (Vjuik et al., 2010) e da simetria/dissociação bilateral (Arnold et al., 2005; Santos, 2014), a indiferenciação manual (Carmeli et al., 2008; Vjuik et al., 2010) e da noção corporal terão repercussões também na qualidade do movimento (Zikl et al., 2013), estando esta ainda mais comprometida devido ao descontrolo dos movimentos contralaterais (Tallet, Albaret e Barral, 2013). As pessoas com DID tendem a demonstrar mais dificuldades na conjugação de duas ou mais atividades (Enkelaar et al., 2013; Martin, Piek, Baynam, Levy e Hay, 2010), bem como ao nível dos saltos (Hassani et al., 2014). As evidências apontam, contudo, que as crianças com DID tendem a apresentar performances melhores no âmbito da praxia global quando comparada com as atividades mais finas e/ou de destreza manual (Barnhill et al., 2007; Vjuik et al., 2010; Westendorp et al., 2011; Wuang et al., 2008).

Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher (2010) observaram que as competências motoras de crianças com DID são inferiores aos pares típicos, destacando-se as dificuldades motoras, particularmente nas tarefas com bola, de destreza manual e de equilíbrio, aumentando o nível de limitação com o “grau de severidade”. Rintala e Loovis (2013) também observaram resultados inferiores de crianças com DID no que diz respeito à locomoção (e.g.: correr, galopar, saltar) e à manipulação de objetos (e.g. agarrar, lançar), sendo estes resultados corroborados por Hartman et al., (2010). Mansur e Marcon (2006) ao avaliar as competências motoras de crianças com DID reforçam a existência de valores inferiores ao nível da motricidade fina e global, equilíbrio (Sílvia e Ofélia, 2013), esquema corporal (Sílvia e Ofélia, 2013) e estruturação

espaçiotemporal. Wuang, Wang, Huang e Su (2008) também verificaram que as crianças com DID exibiam limitações tanto na praxia global (Hockin, Pearson e McNeil, 2013) e fina (Houwen, Visser, van der Putten e Vlaskamp, 2016), como na integração sensorial e coordenação motora.

Domínio Adaptativo

Tal como referido, e decorrente das novas definições, a avaliação adaptativa assume-se como fundamental para identificar e contextualizar a relação que se pretende de qualidade com o envolvimento (Luckasson et al., 2002; Schalock, et al., 2010). O comportamento adaptativo é então entendido como o conjunto das habilidades de independência e de responsabilidade pessoal e social que se adquirem ao longo da vida e que permitem a realização das atividades quotidianas expectáveis para a idade e cultura de cada um e que permitem a aquisição de um papel ativo na sociedade (Santos e Morato, 2012h). O nível de funcionamento adaptativo parece sofrer a influência de diferentes variáveis como o género (Santos e Morato, 2012e), idade (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012f), os valores socioculturais (Santos e Morato, 2012g), a “severidade” da DID (Harries, Guscia, Nettelbeck e Kirby, 2009), entre outros, constatando-se a ainda tendência para a dependência de terceiros (Hilgenkamp, van Wijck e Evenhuis, 2011; Santos e Morato, 2012d), em casa ou na instituição.

Com base na revisão da literatura é possível constatar que as pessoas com DID tendem a exibir comportamentos menos funcionais e independentes do que os seus pares (e.g.: Woolf, Woolf e Oakland, 2010), verificando-se esta tendência também a nível nacional (e.g.: Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b). Do ponto de vista da *Autonomia*, os resultados reportados na literatura (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012d; Woolf et al., 2010) apontam para menores desempenhos de funcionamento independente ao nível das atividades de vida diária (e.g.: alimentação, higiene, vestuário, mobilidade, noção de segurança, entre outros). Também ao nível da *Atividade Económica* são reportadas dificuldades na utilização do dinheiro (Lopez-Basterretxea, Mendez-Zorrilla e Garcia-Zapirain, 2014). De igual modo existem limitações no conhecimento sobre os *Números* e *Tempo*, *Leitura* e *Escrita* que decorrem não só do compromisso cognitivo, bem como das atitudes dos prestadores de cuidados (familiares e técnicos) que continuam a considerar que as pessoas com DID não têm capacidade para a aprendizagem deste tipo de competências, condicionando a sua adaptação ao envolvimento (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012d). Já reportadas anteriormente, as dificuldades na Linguagem verificam-se nas suas várias componentes (WHO, 2007) e comprometem a sua capacidade comunicativa (Gouveia et al., 2008).

No âmbito profissional estes indivíduos estão menos inseridos no mercado de trabalho como resultado não só das poucas habilitações apresentadas e das faltas frequentes por questões médicas (Santos e Morato, 2012d), mas também devido à sua pouca produtividade, precisão e capacidade de organização, sendo necessária a atenção e supervisão constantes (Harris, 2010; Santos e Morato, 2012d). Em termos de *Personalidade* e *Socialização*, são frequentes os comportamentos de passividade e de falta de iniciativa, bem como limitações no reconhecimento e resposta às emoções demonstradas pelos outros, acompanhadas por dificuldades na responsividade social (Santos e Morato, 2012b). Como resultado, as amizades são poucas (van Asselt-Goverts et al., 2015) e existem dificuldades no seu estabelecimento e manutenção, bem como pouca satisfação na quantidade de amigos que possuem e na quantidade de tempo que passam com eles (Friedman e Rizzolo, 2018). Já ao nível da *Responsabilidade*, Santos e Morato (2012d) indicam a existência de dificuldades na perceção da importância de salvaguardar os seus bens bem como os dos outros.

A existência de comportamentos desviantes é também bastante comum na população com DID (Rojahn e Meier, 2009), apesar da sua prevalência não ser certa (Brown, Brown e Dibiasio, 2013). Contudo, os mais comuns são a auto e hétero agressão, as atitudes sexuais desajustadas, os comportamentos estereotipados, de destruição e oposição, entre outros (Brown et al., 2013; Rojahn e Meier, 2009). De forma mais detalhada, as limitações apresentadas em áreas como a *Conformidade* e *Merecedor de Confiança* parecem ser resultado do comprometimento cognitivo, juntamente com dificuldades na perceção de regras. Já o *Comportamento Auto abusivo* é mais comum nos indivíduos com maiores necessidades de apoio e as suas principais formas de manifestação envolvem bater com a cabeça, bater-se com as mãos e objetos e morder-se (Buono et al., 2012). A nível nacional o género parece influenciar este tipo de comportamentos, com os participantes do género masculino a tender para maiores desajustamentos. O mesmo se verifica com a idade e nível de “severidade”, constatando-se uma maior frequência em adultos, e pessoas com maiores dificuldades (Silva, Veríssimo, Carneiro, Félix e Santos, 2018).

Ainda no âmbito da agressividade, Crocker e colegas (2006) avaliaram os comportamentos agressivos de adultos com DID e observaram que cerca de metade da amostra tinha manifestado atitudes agressivas ao longo do último ano, mas que apenas 6% dos casos eram consideradas agressões severas. As agressões verbais eram as mais frequentes e ocorriam de igual modo no género feminino e masculino. Já o *Comportamento Sexual* agressivo era o menos prevalente, sendo superior nos homens do que nas mulheres. A agressão física apresentava valores semelhantes entre os

gêneros, a destruição de propriedades era superior nos homens e a autoagressão era mais elevada nas mulheres. Por último, verificou-se que as agressões verbais eram mais comuns em indivíduos com menores necessidades de apoio e que as agressões físicas, a autoagressão e os comportamentos de destruição eram superiores naqueles que apresentavam maiores necessidades de apoio (Crocker et al., 2006).

As pessoas com DID têm também uma maior propensão para desenvolver *Comportamentos Estereotipados* (Symons, Sperry, Dropik e Bodfish, 2005), “resultado da incapacidade para aprender e desenvolver comportamentos mais adaptativos” (Bodfish, 2007, p.484). O mesmo autor refere ainda que este tipo de comportamentos são mais comuns em indivíduos com maiores necessidades de apoio, indo ao encontro de Poppes, van der Putten e Vlaskamp (2010) que verificaram que 82% de pessoas com necessidades extensivas e pervasivas apresentavam estereotipias observáveis numa frequência diária. Em termos de *Comportamentos Hiperativos*, existe um elevado risco das pessoas com DID apresentarem também um diagnóstico complementar de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA - Hastings, Beck, Daley e Hill, 2005). Por último, a existência de alterações de humor bem como a instabilidade emocional pode resultar na presença de *Comportamentos Interpessoais Perturbados* (Santos e Morato, 2012d).

Co morbilidades

A prevalência de perturbações mentais na população com DID ainda não é totalmente conhecida (Deb, Thomas e Bright, 2001b), variando conforme os estudos. Deb e colaboradores (2001b) apontam cerca de 22% para a comorbilidade entre DID e uma perturbação mental e para Cooper, Smiley, Morrison, Williamson e Allan (2007), este valor ronda os 40%. Independentemente da divergência quanto à prevalência, as perturbações no âmbito da saúde mental estão mais presentes nas pessoas com DID do que na população em geral (Smiley et al., 2007).

Segundo Harris (2010), perturbações como a depressão, a bipolaridade, a esquizofrenia e a ansiedade são comuns neste subgrupo, sendo que as duas últimas têm uma prevalência mais elevada nos indivíduos com DID do que nas pessoas típicas (Deb et al., 2001b) com maior tendência para pessoas com DID do género feminino, com maiores necessidades de apoio (Cooper et al., 2007), dificuldades físicas ou com uma idade mais avançada desenvolverem uma perturbação mental (Deb et al., 2001b).

A existência de problemas de comportamento é também muito comum nesta população e incluem comportamentos de auto e hétero agressão, comportamentos de destruição ou autoabusivos, gritos, deambulação, comportamento antissocial e de auto-

estimulação (Deb, Thomas e Bright, 2001a; Hemmings, Gravestock, Pickard e Bouras, 2006; Santos, 2010). No estudo realizado por Deb e colegas (2001a) verificou-se que cerca de 60% das pessoas com DID estudadas apresentavam estes problemas e que 18% dos mesmos eram considerados graves.

Correlação com os Casos Acompanhados

A grande maioria dos clientes do CAO acompanhados durante o estágio apresentavam um diagnóstico de DID, tendo sido possível observar nestes indivíduos muitas das características mencionadas na literatura. No domínio cognitivo foram visíveis as dificuldades na manutenção da atenção e da concentração, o que juntamente com a baixa motivação e tolerância à frustração levavam à existência de dificuldades em terminar as tarefas que não fossem do seu agrado. Em alguns indivíduos eram também evidentes as alterações na linguagem falada, sendo difícil compreendê-los. Na população com mais necessidades de apoio havia pessoas que faziam pouco uso da linguagem falada, sendo-lhes difícil manifestar as suas necessidades e vontades. As limitações na compreensão foram notadas principalmente nos clientes com maiores necessidades de apoio.

No domínio da socialização foi possível observar que, excetuando alguns casos que apresentavam uma maior tendência para passar grande parte do seu tempo isolados, a maioria dos clientes apresentava pequenos grupos de amigos no CAO. De acordo com o que estes referiam, as redes de amigos fora da instituição eram poucas ou inexistentes e a possibilidade de se encontrarem na comunidade com os amigos da AFID era complicada. Para fazer face a esta tendência de isolamento foi criada a Sala da Socialização, onde após o cumprimento das atividades programadas, os clientes se podiam encontrar e realizar em conjunto atividades recreativas.

Foram ainda identificadas limitações dos clientes em quase todos os domínios psicomotores, salientando-se as dificuldades no equilíbrio, lateralidade, esquema corporal, estruturação espacial e temporal e coordenação motora global e fina. De um modo geral os movimentos eram pouco precisos e realizados de um modo mais lento. As dificuldades aqui observadas eram também superiores quanto maiores fossem as necessidades de apoio dos clientes.

Quanto às questões do comportamento adaptativo verificou-se que, de um modo geral, os clientes eram dependentes de terceiros para a execução das tarefas de vida diária. Dentro desta temática, a estagiária sentiu ainda que, muitas vezes, as dificuldades na realização de determinadas tarefas não resultava só do comprometimento cognitivo, mas também da tendência para a sobreproteção e

subestimação das suas reais capacidades por parte dos familiares. No domínio da autonomia a principal limitação comum a todos os indivíduos são as dificuldades na mobilidade. A maior parte dos clientes chega ao CAO de carro com familiares e realiza o percurso contrário de igual forma. Isto deixa de ser a norma nas pessoas com maior autonomia, havendo clientes que aquando da sua entrada na instituição são ensinados a utilizar transportes públicos para a sua deslocação para a instituição/casa/trabalho.

Ao nível da atividade económica também são evidentes limitações variando entre clientes que não reconhecem o dinheiro e outros que são capazes de realizar pequenas compras e fazer pequenos trocos. Apesar disso, nenhum dos clientes gere o próprio dinheiro, sendo ainda observáveis dificuldades nas competências académicas, até porque muitos dos clientes mais velhos não frequentaram a escola ou não a completaram. No âmbito profissional são poucos os que têm um trabalho remunerado na comunidade. Há alguns clientes que realizam pequenos trabalhos não remunerados dentro da instituição, onde por vezes é visível um menor empenho, precisão e produtividade. Por fim, ao nível dos comportamentos desviantes, as principais situações presenciadas foram a instabilidade emocional, a existência frequente de conflitos com os outros e a dificuldades em resolvê-los.

Neste âmbito importa também mencionar as características positivas que foram observadas nesta população. Assim, em termos de autonomia verifica-se que a maioria dos clientes da AFID, especialmente aqueles com menores necessidades de apoio não apresentam dificuldades na alimentação, higiene, uso da casa de banho e vestuário. Na linguagem também não existem limitações significativas, sendo os clientes capazes de compreenderem os outros e de se expressarem verbalmente. Numa grande percentagem dos casos também se verifica um bom nível de responsabilidade, sendo os clientes capazes de tomar conta dos seus pertences bem como dos dos colegas. Já no que respeita aos comportamentos desviantes verifica-se que apesar de existirem casos em que os clientes apresentavam comportamentos auto abusivos, estereotipados, hiperativos e de maior agressividade, estes tendem a não ser a norma. Tal poderá estar relacionado com o facto de a estagiária não ter acompanhado tanto os clientes com necessidades de apoio extensivas e pervasivas, onde parece que estes comportamentos tendem a ser mais comuns (Bodfish, 2007; Buono et al., 2012; de Poppes et al., 2010). Os comportamentos sexuais agressivos não foram identificados em qualquer dos clientes.

Finalizada a descrição da DID, no capítulo seguinte será apresentada a informação presente na literatura sobre as Perturbações do Espectro do Autismo.

Perturbação do Espectro do Autismo

Definição

A PEA define-se como uma perturbação neurodesenvolvimental que se caracteriza pela existência de dificuldades constantes ao nível da comunicação e interação social e pela presença de comportamentos repetitivos e interesses limitados. Tais características têm que estar presentes em fases precoces do desenvolvimento da criança e resultar numa menor funcionalidade em vários domínios da sua vida (APA, 2013).

Esta é também uma perturbação complexa (Autism Society, 2016) que se encontra associada à presença de uma elevada variabilidade de características, pelo que as necessidades de cada indivíduo irão variar (Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular [DGIDC], 2008). Apesar de não existir um marcador biológico que permita a deteção da PEA (Manning-Courtney et al., 2013), a partilha de informação relativamente ao percurso de desenvolvimento do sujeito e a observação e relato das suas características e comportamentos atuais em determinados domínios permite a realização do diagnóstico. Assim, é necessário existir (APA, 2013):

A. Limitações na comunicação e interação social:

1. Existência de dificuldades na resposta socio emocional com os outros (e.g.: iniciar e manter conversações);
2. Existência de dificuldades na utilização dos sinais não-verbais essenciais para a interação (e.g.: perturbações no contacto visual); e
3. Existência de dificuldades na compreensão das relações sociais e na sua criação e continuação (e.g.: pouco interesse nos outros).

B. Presença de comportamentos e interesses repetitivos e reduzidos:

1. Realização de movimentos ou utilização de objetos e da fala de forma estereotipada (e.g.: ecolália, estereotipias motoras);
2. Criação de rotinas fixas e de rituais para os comportamentos verbais e não-verbais (e.g.: ir para um local fazendo sempre a mesma deslocação);
3. Interesses bastante restritos e persistentes que são incomuns no seu tipo e nível de intensidade (e.g.: fixação incomum por objetos); e
4. Pouca ou excessiva reatividade a estímulos sensoriais e a características ambientais (e.g.: fixação por luzes).

- C. Este conjunto de sintomas tem que existir numa fase precoce da vida da criança mas só se manifesta inteiramente quando as exigências da sociedade são superiores às capacidades do próprio;
- D. Os sintomas existentes provocam uma grande limitação no domínio social e profissional, bem como noutras áreas significativas para a pessoa; e
- E. O conjunto dos sintomas presentes não são mais facilmente explicados pela existência de problemáticas como a DID ou o Atraso Global do Desenvolvimento (AGD).

Os sintomas apresentados podem ser classificados em três níveis consoante a sua gravidade, sendo feita separadamente para os domínios de interação social e de comunicação e dos comportamentos e interesses repetitivos e limitados (APA, 2013): o primeiro nível indica que o indivíduo necessita de algum apoio, o segundo mostra que existem necessidades de apoio significativas e o terceiro aponta para existência de necessidades de apoio bastante significativas (APA, 2013). A manifestação dos sintomas poderá variar conforme a sua gravidade, o nível desenvolvimental do sujeito, a sua idade e a existência, ou não, de apoios e intervenções terapêuticas (APA, 2013).

Etiologia e Epidemiologia

A PEA tem uma origem multifatorial (Hallmayer et al., 2011; Levy, Mandell e Schultz, 2009; Llana et al., 2010), sendo os fatores genéticos e ambientais os principais responsáveis pelo seu desenvolvimento (APA, 2013). A PEA resulta de mutações genéticas (Rosti, Sadek, Vaux e Gleeson, 2013) de diferentes genes - indivíduos com características semelhantes podem apresentar mutações diferentes, apesar de apenas uma pequena fração de genes responsáveis pela PEA ter sido identificado (Cukier et al. 2014; Schaefer e Mendelshon, 2013). A hereditariedade está também associada a esta perturbação: irmãos de indivíduos com este diagnóstico têm uma probabilidade mais elevada de ter também uma PEA (Bailey et al., 1995 cit in Newschaffer et al., 2007) e estudos com gémeos homocigóticos indicam que a sua prevalência varia entre os 37% e os 90% (APA, 2013). Relativamente aos fatores ambientais, parece que a exposição materna durante o período de gestação ao vírus da rubéola (Chess, 1971), talidomida (Strömberg, Nordin, Miller, Åkerström e Gillberg, 1994), ácido valproico (APA, 2013) e misoprostol (Bandim, Ventura, Miller, Almeida e Costa, 2003) aumenta a probabilidade de PEA. Características como a idade avançada de ambos os progenitores (Durkin et al., 2008), o sangramento, a diabetes e a medicação durante a gestação, ser o primeiro ou terceiro filhos (Gardener, Spiegelman e Buka, 2009), o baixo peso ao nascer e a

prematuridade (Johnson et al., 2010) também se encontram associadas à PEA (APA, 2013).

Quanto à epidemiologia, estima-se que a prevalência seja cerca de 1% da população (APA, 2013; Baron-Cohen et al, 2009) e em Portugal, os valores apontam para uma prevalência de 1 caso de PEA por cada 1000 habitantes (Oliveira et al., 2007). Este valor tem vindo a crescer ao longo dos anos (APA, 2013; Levy et al., 2009), no entanto, ainda permanece incerto se o seu aumento se deve a uma maior frequência de casos de PEA ou a melhores critérios de diagnóstico, maior consciência da perturbação ou diferenças metodológicas nos estudos de prevalência (APA, 2013). A PEA aparenta ainda ser mais comum em indivíduos do género masculino do que do género feminino (Fombone, 2005), sendo a proporção de diagnóstico de 4:1 (APA, 2013).

Características

Tal como referido, a PEA caracteriza-se pela existência de dificuldades em três domínios, pelo que em seguida se detalham algumas destas características mais comuns, destacando-se contudo, a heterogeneidade das suas manifestações (APA, 2013).

Comunicação e Interação Social

No domínio da comunicação são evidentes as dificuldades na linguagem (APA, 2013) e apesar de serem comuns, as limitações variam consideravelmente (Charman, Drew, Baird e Baird, 2003), podendo incluir a inexistência da fala, um atraso significativo no seu desenvolvimento ou dificuldades na compreensão do que é dito por outros (APA, 2013; National Institute of Deafness and Other Communication Disorders [NIDCD], 2016). Nos casos em que a fala existe, esta é estereotipada (Johnson, Myers e Council on Children With Disabilities, 2007) e tende a não ser utilizada de forma recíproca para comunicar ou expressar sentimentos, mas sim para fazer pedidos (APA, 2013) e as conversas tendem a ter pouco sentido, não se relacionando com o assunto discutido ou não tendo qualquer significado. Nestes indivíduos é comum a existência de ecolálias, bem como um tom de voz muito elevado ou robótico (NIDCD, 2016). Charman e colaboradores (2003) ao avaliar o desenvolvimento da linguagem em crianças com PEA constataram que quando estas habilidades são adquiridas, a aprendizagem das competências recetivas e expressivas ocorre mais tarde do que no caso dos pares com desenvolvimento típico.

As pessoas com PEA caracterizam-se também pela falta, utilização limitada ou invulgar dos aspetos associados à comunicação não-verbal, nomeadamente no que diz respeito ao contacto visual, gestos realizados, expressões ou posturas (APA, 2013;

NIDCD, 2016). As crianças com PEA apresentam mais limitações na utilização de gestos associados à interação social e atenção partilhada do que os pares típicos ou com outras perturbações do desenvolvimento, utilizando menos os gestos de regulação do comportamento (Watson, Crais, Baranek, Dykstra e Wilson, 2013). Quando utilizados, os gestos servem mais para fazer pedidos e não para comunicar (Stone, Ousley, Yoder, Hogan e Hepburn, 1997). Relativamente ao contacto visual, as pessoas com PEA tendem a uma menor proximidade, direcionando o olhar para a zona da boca e corpo dos outros ou para objetos (Klin, Jones, Schultz, Volkmar e Cohen, 2002), estimando-se que o contacto ocular/facial ocorra menos de metade das vezes que nos pares típicos (Rice, Moriuchi, Jones e Klin, 2012).

As dificuldades em perceber as pistas emocionais demonstradas pelos outros através de aspetos não-verbais e em interpretar e compreender os seus comportamentos (National Institute of Mental Health [NIMH], 2011), associadas a uma fraca capacidade para partilhar informações e sentimentos acerca do próprio (APA, 2013) resulta numa menor habilidade para interagir socialmente (NIMH, 2011). Além disso, é frequente a inexistência de interesse social, uma vez que as abordagens dos outros são frequentemente percebidas como inconvenientes. Estes comportamentos são logo evidentes durante a infância, primeiramente pelo desinteresse em jogos sociais e posteriormente pela fixação em brincar de acordo com regras bastante rígidas. Num idade mais avançada, as pessoas com PEA tendem a preferir as atividades que possam ser realizadas sem outras pessoas. Apesar disso, é comum a vontade de criar amizades, no entanto estas são unilaterais ou movidas exclusivamente pela existência de interesses em comum (APA, 2013).

Comportamentos e Interesses Repetitivos e Limitados

Os comportamentos e interesses repetitivos e limitados são umas das características primárias da PEA e englobam as estereotipias, os rituais ou as compulsões (Watt, Wetherby, Barber e Morgan, 2008).

As estereotipias são muito frequentes em pessoas com PEA, ocorrendo com maior frequência em momentos de ansiedade, entusiasmo, aborrecimento ou isolamento (Goldman et al., 2008) e a sua manifestação varia também consoante o caso, sendo simples ou mais complexas, motoras ou verbais, feitas com segmentos corporais maiores ou mais pequenos, e envolverem (ou não) a utilização de objetos (APA, 2013; Cunningham e Schreibman, 2008). Nos primeiros anos da infância este tipo de comportamentos é visível em todas as crianças, no entanto, com o avançar da idade tendem a diminuir e, apesar de desaparecerem nas crianças típicas, aumentam nas

crianças com PEA (MacDonald et al., 2007). Este tipo de comportamento é mais frequente nos indivíduos com autismo de baixo funcionamento (Goldman e Greene, 2013; Goldman et al., 2008). Os autores identificaram ainda que as estereotipias mais comuns envolvem a cabeça e o tronco (e.g. balançar), as mãos e os dedos (e.g.: agitar as mãos), a marcha (e.g.: saltar), bem como os atos autodirigidos (e.g.: esfregar os olhos), podendo levar a comportamentos de auto agressão (e.g.: bater na cabeça, morder o punho) (APA, 2013; Goldman et al., 2008). As estereotipias acabam também por afetar a aprendizagem, as interações sociais e, como consequência, o funcionamento na comunidade (Cunningham e Schreibman, 2008; Goldman e Greene, 2013; Goldman et al., 2008).

Ainda dentro deste domínio verifica-se a existência de interesses fixos e restritos muito intensos e com um foco incomum resultado da hipo ou hiperreatividade aos estímulos de origem sensorial (APA, 2013). Como consequência, as pessoas com PEA apresentam fixações e respostas excessivas a determinados sons, texturas, luzes ou objetos com movimento, sendo comum que estes indivíduos vivam diariamente segundo rituais e rotinas específicos que se caracterizam pela inflexibilidade de pensamento ou pelo excessivo cumprimento de regras (APA, 2013). Young, Brewer e Pattinson (2003) verificaram que 70% dos pais de crianças com PEA que participaram no estudo aderiam de forma intensa a rotinas e que as tentativas utilizadas para impedir estes comportamentos eram perturbadoras. Os mesmos autores identificaram ainda que estas características estão presentes numa fase precoce do desenvolvimento da criança, tendo tendência a manifestar-se por volta dos 28 meses de idade.

Características Motoras

Apesar das dificuldades a nível motor não serem consideradas umas das principais características, estão presentes (Provost, Lopex e Heimer, 2006), com limitações significativas na execução (pobre) de tarefas motoras (Green et al., 2008; Provost et al., 2006; Staples e Reid, 2010) que se tendem a manter ao longo dos anos (Van Waelvelde, Oostra, Dewitte, Van Den Broeck e Jongmans, 2010).

A nível locomotor as crianças com PEA começam a andar mais tarde (Shetreat-Klein, Shinnar e Rapin, 2012) com características incomuns como a marcha na ponta dos pés, a fraca coordenação e um menor comprimento da passada (APA, 2013; Shetreat-Klein et al., 2012), estando ainda presentes dificuldades posturais e de manutenção do equilíbrio que provocam a diminuição da estabilidade tanto em situações estáticas como dinâmicas (Wang et al., 2016).

Além das dificuldades locomotoras, a maioria das pessoas com PEA apresenta limitações nas praxias global e fina ou em ambas (Provost et al., 2006), que sendo diferentes das dos seus pares típicos (Llyod, MacDonald e Lord, 2013) se acentuam com a idade. Staples e Reid (2010) concluíram que a capacidade para controlar objetos (e.g. força e direção) bem como a realização de movimentos que impliquem os dois lados corporais e que envolvam a coordenação dos braços e pernas são as principais dificuldades das crianças com PEA. Esposito e Paşca (2013) salientam a existência de dificuldades na execução de sequências motoras complexas bem como na aprendizagem de novos movimentos, avançando com a ideia que as limitações motoras interferem com a qualidade de vida dos indivíduos, dificultando a realização de um grande número de tarefas, restringindo também a sua participação social, pela limitação na interação com o outro (Esposito e Paşca, 2013).

Domínio Adaptativo

Devido à heterogeneidade de características também o funcionamento adaptativo das pessoas com PEA irá variar consoante o caso (Kanne et al., 2011). Apesar disso, parecem existir maiores dificuldades tanto ao nível da comunicação, socialização e capacidade de execução de tarefas diárias nas crianças (entre 4 e 17 anos) com esta perturbação quando comparadas com os pares típicos, tendo-se verificado que as principais dificuldades das crianças com PEA ocorriam no domínio da socialização, nomeadamente ao nível das relações interpessoais. Neste caso também se verificou que quanto maiores fossem as limitações da criança, menores eram as competências adaptativas e que as competências de socialização e comunicação diminuíam à medida que a idade avançava (Tomanik, Pearson, Loveland, Lane e Shaw, 2007). Os mesmos autores concluíram que quanto maior o quociente de inteligência (QI), melhores as competências adaptativas, mas que as áreas da responsividade e relações interpessoais eram as que apresentavam um menor crescimento, concluindo que mesmo as pessoas com mais competências cognitivas apresentam limitações no comportamento adaptativo. Fenton e colegas (2003), com crianças entre 1 e 9 anos, verificaram que o grupo com PEA apresentava valores adaptativos menores em todos os domínios mas que estes não eram estatisticamente significativos.

Comorbilidades

No que respeita às comorbilidades, Ming, Brimacombe, Chaaban, Zimmerman-Bier e Wagner (2008) concluíram que as crianças com PEA tendem a apresentar mais do que uma perturbação concomitante. No seu estudo os autores verificaram que as coocorrências mais comuns estavam presentes em cerca de 50% da sua amostra e que

correspondiam a problemas gastrointestinais e perturbações do sono. Já a epilepsia ocorria em 14% da amostra, as perturbações do humor em 26% e os comportamentos agressivos e de autoagressão em 32% das crianças, sendo a agressividade mais dirigida para a mãe e irmãos mais novos, e os principais comportamentos autoagressivos incluíam bater nas próprias mãos e braços. Num estudo semelhante realizado com adultos, Croen e colegas (2015) avaliaram a coocorrência de condições médicas e perturbações psiquiátricas. No que respeita às primeiras verificaram a existência de alergias (36.3%), problemas gastrointestinais (34.7%), perturbações do sono (17.6%), doenças autoimunes (13.9%) e convulsões (11.9%). Os autores observaram ainda que as perturbações psiquiátricas estavam presentes em cerca de 54% dos adultos com PEA, sendo as condições mais comuns a ansiedade (29%), depressão (26%), bipolaridade (11%), perturbação obsessivo-compulsiva (8%) e esquizofrenia (8%). Tanto ao nível das condições médicas e perturbações psiquiátricas se verificou uma incidência superior nos indivíduos com PEA do que no grupo de controlo com desenvolvimento típico. Também a DID (20%) (Croen et al., 2015), a PHDA e as perturbações da fala e linguagem são comuns nesta população (Abdallah et al., 2011).

Correlação com os casos acompanhados

Ao longo do período de estágio foram acompanhados alguns indivíduos com diagnóstico de PEA, o que permitiu observar se as principais características apontadas na literatura estavam ou não presentes nestas pessoas. Em termos de comunicação e linguagem verificaram-se as várias situações identificadas na literatura, havendo clientes sem problemas na fala e outros que não a utilizavam. Nos casos daqueles que falavam, alguns apresentavam ecolalias e outros não utilizavam a fala para comunicar de forma recíproca. Também nos aspetos não verbais da comunicação se verificou a ausência de contacto visual, enquanto que noutros se observava um contacto ocular excessivo. Como resultado das limitações comunicativas, estes indivíduos tendem a apresentar dificuldades na interação social (NIMH, 2011), tendo a estagiária observado que a maioria dos casos de PEA que acompanhou tinha uma maior propensão ao isolamento, não apresentando um grupo de amigos.

No âmbito dos comportamentos e interesses repetitivos e limitados a presença de estereotípias ocorria apenas numa reduzida percentagem dos indivíduos e incluía ações motoras e verbais. Num dos clientes este tipo de comportamento incluía-se nas auto agressões e ocorria principalmente em situações que geravam maior ansiedade. Nestes indivíduos verificava-se também uma tendência para viverem segundo uma rotina. Relativamente às características motoras, foram poucos os clientes com PEA

que a estagiária acompanhou em sessões de psicomotricidade, no entanto as principais dificuldades que estes apresentavam em comum estavam relacionadas com a manutenção do equilíbrio e com a execução de ações motoras globais. Alterações na marcha não foram visíveis em nenhum dos clientes.

Tal como se verificou para a DID, também os indivíduos com PEA não apresentavam limitações ao nível da execução de tarefas como a alimentação, vestuário, higiene e utilização da casa de banho. Apesar das dificuldades na expressão verbal, a maioria dos clientes era capaz de compreender o discurso dos outros. Já em termos de comportamentos desviantes verificou-se que apesar de existirem indivíduos com atitudes agressivas, a maioria não era violenta para com os pares ou equipa técnica. O mesmo se verificou ao nível dos comportamentos autoabusivos, onde apenas uma pequena percentagem dos indivíduos com PEA se auto agredia. Por fim não foram também encontradas fixações por luzes, sons ou objetos.

No capítulo seguinte terminar-se-á a revisão da literatura com a descrição da Paralisia Cerebral.

Paralisia Cerebral

Definição

A Paralisia Cerebral (PC) é uma perturbação neurodesenvolvimental não transitiva e de carácter não progressivo que tem a sua origem durante o período fetal ou nos primeiros anos de vida, que causa alterações motoras, nomeadamente ao nível dos movimentos e posturas atípicos e que leva à existência de maiores dificuldades na realização das atividades essenciais do quotidiano (Rosenbaum, Paneth, Goldstein e Bax, 2007). Apenas como curiosidade e no âmbito da relevância da terminologia (já abordada no capítulo da DID), é de se realçar a proposta nacional para a designação de Disfunção Motora de Origem Intracraniana Precoce (DMOIP) que situa a PC na origem intracraniana da lesão e no momento temporal da sua ocorrência (Rodrigues, 1988), apesar de não ter sido bem sucedida. A PC é uma das causas principais para a deficiência motora nos primeiros anos de vida (Krageloh-Mann e Cans, 2009).

Etiologia e Epidemiologia

Apesar da etiologia da PC ainda permanecer incerta (Reddihough e Collins, 2003), existem vários fatores de risco que podem ocorrer isoladamente ou em conjunto nas diferentes fases gestacionais (Rotta, 2002), provocando um aumento na probabilidade de ocorrência desta problemática (Moreno-De-Luca, Ledbetter e Martin, 2012). Deste modo, os principais fatores de risco que ocorrem no período pré-natal incluem as

malformações cerebrais congénitas, infeções maternas (e.g.: rubéola, corioamnionite), características da placenta, exposição a substâncias tóxicas (e.g.: metilmercúrio), incompatibilidade sanguínea, gravidezes múltiplas, dimensões do feto tendo em conta a idade e prematuridade. Os fatores perinatais envolvem a hipóxia fetal, o tipo de parto (os partos instrumentais aumentam o risco de PC) e o nascimento do feto em posição pélvica; e os fatores pós-natais dizem respeito aos traumatismos cranianos, às convulsões e infeções do bebé (Mcintyre et al., 2012; National Institute of Neurological Disorders [NINDS], 2013; Reddihough e Collins, 2003). Os autores referem que características maternas como as convulsões, a existência de DID ou a idade da mãe superior a 40 anos acrescem a probabilidade do nascimento de uma criança com PC (Mcintyre et al., 2012; NINDS, 2013). As tecnologias de reprodução medicamente assistidas são referidas por Watson, Blair e Stanley (2006) como outro possível fator de risco para o aparecimento da PC.

No que diz respeito à epidemiologia, Oskoui, Coutinho, Dykeman, Jetté e Pringsheim (2013) concluíram que a cada mil nascimentos, 2.11 casos apresentam PC, corroborando Reddihough e Collins (2003) que apontam, contudo, a tendência para o seu aumento em países subdesenvolvidos (i.e.: 7 por cada 1000 nascimentos) e que a sua prevalência não tem sofrido alterações significativas ao longo da última década. A nível nacional, é indicada uma prevalência de 1.61 casos de PC a cada mil nascimentos (Sociedade Portuguesa de Pediatria, Associação Portuguesa de Pralisia Cerebral e Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2013). No que respeita ao género, tanto na Europa (Jonhson, 2002) como em Portugal (Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral [FAPPC], 2013) são reportados mais casos de PC em indivíduos do género masculino, sendo que o estudo realizado no nosso país aponta para uma incidência de 56% neste género.

Classificação

Na PC é comum a combinação de dificuldades no domínio sensorial, comportamental, perceptivo, comunicativo e cognitivo que se manifestam de várias formas e cujas características e gravidade são diferentes consoante o caso (Rosenbaum et al., 2007) pelo que não existe um sistema de classificação consensual (Hinchcliffe, 2007; Rosenbaum et al., 2007), apesar de se considerarem alguns critérios (Rosenbaum et al. 2007): tipo de comprometimento neurológico, topografia/distribuição anatómica da disfunção, gravidade das dificuldades motoras (Nickel e Petersen, 2008) e a localização da lesão no SNC (Koman, Smith e Shilt, 2004). Assim, a classificação anatómica distingue a PC consoante as áreas corporais afetadas (Bax et al., 2005): a monoplegia ocorre em apenas um segmento corporal do indivíduo e a hemiplegia quando um dos

lados do corpo está afetado; a diplegia verifica-se quando o movimento está perturbado nos dois segmentos corporais iguais, sendo que este tem tendência a ocorrer mais nos membros inferiores e a quadriplegia quando todo o corpo se encontra afetado. Pode, ainda, ocorrer também a triplegia nos casos em que os membros inferiores e superiores apresentem perturbações nos movimentos (Nickel e Petersen, 2008).

A PC pode também distinguir-se em espástica, disquinética e atáxica, de acordo com as alterações que provoca na tonicidade (Hinchcliffe, 2007). A PC espástica é a forma mais comum de PC - afetando entre 70 a 75% da totalidade de casos (Sankar e Mandkur, 2005) e caracteriza-se pelas dificuldades na manutenção postural, aumento do tónus muscular e na execução de movimentos, com padrões anómalos, estando associada ao elevado tónus que tende a aumentar durante a realização de movimentos e com presença de reflexos patológicos como a hiperreflexia (Hinchcliffe, 2007; Surveillance of Cerebral Palsy in Europe [SCPE], 2000). A PC disquinética caracteriza-se pela existência de limitações posturais e na realização de movimentos, havendo presença de movimentações executadas de forma involuntária e estereotipada, com tónus muscular oscilante e tem uma prevalência de 10 a 15% dos casos de PC (Aragón, 2007). Esta subdivide-se em PC: distónica com rigidez dos movimentos e a presença de hipertonia, e atetósica caracterizada pela presença de hipercinesia e hipotonia (SCPE, 2000). De um modo geral, o tipo disquinético cobre cerca de 10 a 15% dos casos desta problemática (Sankar e Mandkur, 2005). Por fim, a PC atáxica é a menos comum, estando presente em menos de 5% dos casos e é caracterizada por alterações nos movimentos e por dificuldades posturais e no equilíbrio, bem como pela presença de movimentos pouco coordenados, precisos e com tremores (Hinchcliffe, 2007; SCPE, 2000).

Características

Tal como foi previamente referido, a PC caracteriza-se não só pela existência de limitações motoras, mas também pela presença de dificuldades a nível sensorial, comportamental, perceptivo, comunicativo e cognitivo (Rosenbaum et al., 2007).

Domínio Cognitivo

Na mais recente definição proposta por Rosenbaum et al., (2007) a existência de comprometimentos a nível cognitivo é apontada como uma das principais características da PC, estando presentes em cerca de dois terços desta população (Kriger, 2006). Visto tratar-se de uma condição heterogénea que afeta os indivíduos de diferentes formas, não devem ser feitas generalizações acerca das dificuldades cognitivas que estes apresentam (Fennell e Dikel, 2001). No entanto, vários estudos têm apontado uma

associação entre o tipo de comprometimento físico e cognitivo, revelando que indivíduos com mais limitações motoras têm tendência a apresentar mais dificuldades cognitivas (Delacy e Reid, 2016).

O risco de ter DID ou dificuldades de aprendizagem depende da área cerebral afetada e da sua extensão, sendo superior nos quadros de quadriplegia, e aumentando no caso de comorbilidade com epilepsia (Andrada et al., 2005, 2012; Odding, Roebroek e Stam, 2006). Já no estudo realizado pela FAPPC (2013) com crianças portuguesas, 60% da amostra apresentava algum tipo de comprometimento cognitivo. A PC associada à DID está também presente em cerca de metade dos casos (Surman, Newdick e Johnson, 2003), sendo mais comum na PC espástica quadriplégica e disquinética (Sigurdardottir et al., 2008). Outros autores (e.g.: Andrada et al., 2005, 2012; Novak, Hines, Goldsmith e Barclay, 2012) apontam para percentagens entre 34 a 64% de indivíduos com PC e com valores de QI inferiores a 70.

Abordando o domínio cognitivo de forma mais pormenorizada, é possível encontrar limitações ao nível da memória e aprendizagem em cerca de 44% dos indivíduos com esta perturbação (Østensjø, Carlberg e Vøllestad, 2003). Um resultado semelhante foi descrito por Schenker, Coster e Parush (2005), onde revelam a existência de dificuldades de aprendizagem em 46% da sua amostra. Na população com PC são ainda apontadas dificuldades na atenção e concentração – distraíndo-se facilmente e reagindo de forma exagerada a pequenos estímulos, e memória a curto prazo e de trabalho (Jenks et al., 2009) quando comparadas com o grupo de controlo (Rosebaum et al., 2007). As limitações sensoriais e percetivas associadas (Rodrigues, 1998; Rosenbaum et al., 2007) detêm um impacto negativo na funcionalidade e nas aprendizagens académicas relacionadas com a escrita (Sandberg, 2016).

Domínio Psicomotor

Na maioria dos casos o desenvolvimento motor ocorre lentamente, sendo caracterizado pelas alterações tónicas e posturais e pelas dificuldades na realização de movimentos (Kriger, 2006; Rosenbaum et al., 2007). A locomoção pode estar comprometida, sendo necessário apoio para a marcha (Jahnsen, Villien, Egeland, Stanghelle e Holm, 2004), competência que tende a diminuir com a idade. Esta deterioração resulta da falta de treino e de fatores de natureza neurológica e musculo esquelética como a dor e a fadiga crónica (Jahnsen et al., 2004; Tosi, Maher, Moore, Goldstein e Aisen, 2009) que provocam mais desequilíbrios, perda de força e de resistência (Jahnsen et al., 2004).

A marcha de um indivíduo com PC apresenta características específicas, sendo as mais comuns a rotação interna dos pés e a excessiva flexão dos joelhos e da anca

(Rethlefsen, Blumstein, Kay, Dorey e Wren, 2017). Andersena e colegas (2008) constataram que 55% das crianças da sua amostra andavam de forma autónoma, 16% faziam-no com apoios e 29% não eram capazes de andar. Os mesmos autores verificaram, ainda, que quanto mais tarde as crianças começavam a andar, maiores eram as limitações que apresentavam na locomoção. Dentro da componente motora estão ainda presentes alterações ao nível da motricidade fina (Straub e Obrzut, 2009). Aqui são frequentes dificuldades na utilização das mãos, sendo comum a perda de força e da sensação de pressão, a dificuldade na perceção de objetos pelo tato, bem como a limitação em controlar os movimentos, principalmente os mais precisos e rápidos (Arnould, Bleyenheuft e Thonnard, 2014). Tanto na motricidade global como na motricidade fina se observou que quanto menor fosse o Índice de APGAR ao primeiro e quinto minutos, maiores seriam as dificuldades nestes domínios (Andersena et al., 2008).

Nesta população estão também presentes dificuldades na perceção e processamento da informação sensitiva, resultado não só das alterações motoras, mas também consequência da vivência de menos experiências motoras e de uma capacidade perceptiva menos desenvolvida (Brozaitis, 2007; Rosenbaum et al., 2007). Como resultado, estes indivíduos apresentam dificuldades na coordenação de movimentos, na planificação de novas ações, no conhecimento do seu corpo e da sua posição no espaço, bem como na discriminação tátil (Brozaitis, 2007). A nível sensorial, estes indivíduos têm também tendência a apresentar perdas visuais e auditivas (Rosenbaum et al., 2007).

De um modo geral, a existência de limitações motoras afeta de forma negativa a possibilidade da criança explorar de forma autónoma o seu envolvimento, comprometendo a sua aprendizagem e desenvolvimento (Rosenbaum, 2003). O conjunto de características referidas anteriormente manifestam-se ao nível da noção corporal, estruturação espaço-temporal envolvendo as competências visuoespaciais e visuomotoras (Belmonti, Cioni e Berthoz, 2016), com impacto nas praxias.

Domínio Social, de Comunicação e Linguagem

Do ponto de vista desenvolvimental constata-se um percurso atípico ao nível da oromotricidade destacando-se constrangimentos ao nível dos órgãos necessários à alimentação e linguagem, que se complicam em consequência das maiores limitações no controlo postural, com tendência ao descontrolo da baba e às dificuldades na deglutição (mastigar e engolir alimentos sólidos), entre outros (Winter, 2007). As limitações oromotoras irão influenciar a linguagem podendo verificar-se a ocorrência de

disartrias, disglosias, lentidão da fala, modificações na voz e dificuldades na produção de palavras (Andrada et al., 2005; Sandberg, 2016; Winter, 2007).

Parkes, Hill, Platt e Donnelly (2010) indicam que as dificuldades oromotoras (e.g.: articulação, deglutição e baba excessiva) estão mais presentes em pessoas com DID e com maiores limitações na praxia global. Relativamente às prevalências, 30% da população com PC apresenta dificuldades na articulação, 20% apresenta baba excessiva e possui dificuldades de deglutição e 40% exibe limitações comunicativas (Parkes et al., 2010), sendo que destes, cerca de 60% apresenta limitações na fala e 24% não fala (Delacy e Reid, 2016). A existência de dificuldades comunicativas influencia negativamente o estabelecimento e manutenção de relações sociais (Voorman, Dallmeijer, Van Eck e Schuengel, 2009).

A PC caracteriza-se pela existência de limitações comunicativas (Rosenbaum et al., 2007). No que diz respeito à comunicação expressiva, Pennington, Goldbart e Marshall (2004) indicam que esta pode estar afetada em qualquer tipo de PC, no entanto, Vos e colegas (2014) afirmam que as maiores dificuldades estão presentes nos casos de PC espástica bilateral e de PC não espástica. De acordo com os mesmos autores, este tipo de comunicação é também influenciado pela presença de DID, sendo que os indivíduos que apresentam esta co-morbilidade têm uma maior probabilidade de apresentar maiores limitações na linguagem expressiva. Já as dificuldades na comunicação recetiva aparentam estar mais dependentes da existência de DID e não tanto pelas características motoras apresentadas (Vos et al., 2014).

Domínio Adaptativo

Quando comparadas com a norma, as crianças com PC tendem a ter uma menor participação nas atividades do quotidiano (Michelsen et al., 2009). Nesta população o desempenho de atividades da vida diária e a participação social são negativamente influenciados pela existência de dor, pelas dificuldades na marcha, praxia fina, comunicação e pela presença de DID (Parkes, McCullough e Madden, 2010). Resultados semelhantes foram reportados por Østensjø e colaboradores (2003) que indicam que as crianças com maiores comprometimentos motores eram aquelas que apresentavam mais dificuldades no desempenho das atividades quotidianas e que necessitavam de um maior apoio por parte dos prestadores de cuidados. Os mesmos autores identificaram que, independentemente do tipo de PC, a maioria da amostra deste estudo apresentava valores adaptativos (mobilidade, autocuidado e socialização) dois desvio-padrão abaixo da média para a idade e que a realização das tarefas era em grande parte conseguida devido à utilização de tecnologias de apoio.

Comorbilidades

As alterações comportamentais também são comuns, estando presentes em cerca de 25% das crianças com este diagnóstico (Carlsson, Olsson, Hagberg e Beckung, 2008). De um modo geral, Parkes et al., (2008) verificaram que os problemas na interação com os pares, a hiperatividade e as alterações emocionais eram as características mais presentes nesta população e que eram mais comuns naqueles que apresentavam dificuldades intelectuais, dores significativas e menos limitações a nível motor. Rosenbaum e colaboradores (2007) também referem a existência de problemas comportamentais, mas acrescentam a tendência para perturbações da ansiedade. Tal como já foi referido no domínio cognitivo, cerca de 50% da população com PC apresenta também DID (Surman et al., 2003).

Correlação com os casos acompanhados

Ao longo do período de estágio foi possível acompanhar vários clientes com características distintas. Em termos cognitivos as dificuldades encontradas corroboram a literatura (Reid, 2016), uma vez que as limitações apresentadas variavam conforme o caso, no entanto verificava-se uma tendência para os indivíduos com maiores comprometimentos motores apresentarem também mais limitações cognitivas.

Relativamente ao domínio psicomotor observou-se mais uma vez uma grande variedade de competências. A maioria dos clientes com PC não era capaz de andar ou necessitava de apoio para o fazer, sendo que neste caso eram observáveis as alterações tónicas e posturais mencionadas na literatura e que punham em causa a execução de movimentos (Kriger, 2006; Rosenbaum et al., 2007). Apesar desta tendência verificou-se também a existência de indivíduos que não apresentavam limitações em termos de marcha. Em grande parte dos clientes eram visíveis grandes dificuldades na manutenção do equilíbrio e na realização de movimentos globais e finos de modo coordenado.

No que respeita à comunicação observaram-se casos bastante distintos que incluíam pessoas que não utilizavam a linguagem falada, outros que apresentavam grandes dificuldades num discurso compreensível e alguns que apresentavam poucas ou nenhuma limitações. Por último, no âmbito adaptativo observaram-se dificuldades na execução das atividades de vida diária que resultavam não só do comprometimento cognitivo, mas também das dificuldades motoras e que levavam a limitações na alimentação, higiene pessoal, mobilidade, vestuário, entre outros. As dificuldades motoras interferiam também na participação em atividades de grupo, principalmente quando envolviam atividades motoras.

No que respeita às características positivas destacam-se principalmente as competências cognitivas e socioemocionais. Comparativamente com os pares, os indivíduos com PC eram aqueles que apresentavam maiores competências linguísticas, sendo não só capazes de perceber o discurso dos outros, bem como de se expressarem verbalmente. Em termos sociais destaca-se a sua capacidade de iniciativa e perseverança, bem como o elevado nível de responsabilidade com os seus pertences e os dos outros. Apesar das dificuldades na participação em atividades de grupo, os clientes da AFID demonstraram-se sociáveis tanto com o restante grupo como com a equipa técnica. Por fim salienta-se a inexistência de comportamentos desadaptados na maioria dos clientes com PC acompanhados pela estagiária.

Um dos apoios oferecidos pela AFID a todos os clientes, é a intervenção psicomotora, e por ser a área de atuação da estagiária, proceder-se-á em seguida à sua contextualização teórica, procurando facilitar depois a leitura e compreensão da atividade concretizada na prática, ao longo do estágio.

A Intervenção Psicomotora

A Psicomotricidade define-se como a área que se destina ao estudo da relação e influências existentes entre o psiquismo e a motricidade humana (Fonseca, 2005). Neste âmbito o psiquismo corresponde ao conjunto dos processos cognitivos, relacionais e sociais do homem e a motricidade diz respeito às expressões corporais exibidas por este que e que expressam o funcionamento do psiquismo (Fonseca, 2010b).

De acordo com a perspetiva psicomotora, o indivíduo é considerado na sua totalidade (Beck et al., 2004) sendo que as suas características motoras, cognitivas e emocionais se encontram em constante interação, expressando-se através do corpo e do movimento (Fonseca e Martins, 2001; Martins, 2001). Assim, tanto o movimento como a corporalidade não são apenas considerados enquanto execuções motoras, representando também as funções emocionais, simbólicas, sociais e cognitivas do indivíduo (Fonseca, 2010b). O corpo e o seu modo de atuação são representativos da história e da experiência do indivíduo ao longo do seu desenvolvimento, nomeadamente das suas vivências, representações e imaginário (Fonseca e Martins, 2001). Boscaini (2003) considera também que o movimento, além da sua função instrumental destinada à execução de ações motoras intencionais, pode também assumir outros papéis. Na sua função expressiva, o movimento juntamente com os gestos, a postura e outros sinais não-verbais demonstram a atitude e o estado emocional do sujeito. Já na sua vertente comunicativa o movimento é um modo de transmissão do pensamento.

Assim, “a psicomotricidade é uma prática de mediação corporal que permite ao indivíduo reencontrar o prazer sensório motor através do movimento e da sua regulação tónico emocional, possibilitando depois o desenvolvimento dos processos simbólicos, num envolvimento lúdico e relacional” (Fonseca e Martins, 2001,p.6).

Esta forma de intervenção possibilita aos indivíduos a vivência através do corpo e do movimento (Boscaini, 2003) com o fim de promover o total desenvolvimento da pessoa, nomeadamente no que respeita às suas competências cognitivas, linguísticas, afetivas, motoras e sociais (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2011) bem como a sua adaptabilidade ao contexto onde se encontra inserido (Fonseca e Martins, 2001). De acordo com Fonseca (2005, 2010b) a psicomotricidade baseia-se numa conceção triárquica qua a caracteriza como multicomponencial fundamentando-se em diferentes área de conhecimento, multiexperencial valorizando a experiência individual, e multicontextual dada a sua abrangência de aplicação (escola, hospitais, instituições, etc.).

A psicomotricidade pode ter uma incidência maioritariamente relacional ou instrumental, de acordo com as dificuldades do cliente, do contexto de intervenção ou das características do próprio sujeito e do terapeuta (Martins, 2001). Na vertente relacional dá-se primazia às questões da identidade e fusionalidade (Martins, 2001) e procura-se, através da atividade lúdica de carácter espontâneo, que o sujeito se expresse verdadeiramente, nomeadamente no que diz respeito aos seus medos, desejos e fantasias, de modo a possibilitar a superação de questões afetivas e sociais e, por conseguinte, potencializar o seu desenvolvimento total (Vieira, 2009). Na vertente instrumental privilegia-se a exploração dos objetos através de situações-problema que envolvem a atividade sensório-motora e que põem em ação as competências de tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espacial e temporal, praxia global e praxia fina com o objetivo de promover a atividade percetiva, simbólica e conceptual (Martins, 2001).

No que respeita à forma de atuação, a psicomotricidade pode ter um carácter preventivo, reeducativo e terapêutico (Morais, Novais e Mateus, 2005). O âmbito preventivo ocorre quando se procura promover o desenvolvimento psicomotor harmonioso do indivíduo bem como a sua capacidade de aprendizagem e a sua autonomia, apesar da ausência de um problema. O âmbito reeducativo verifica-se quando o desenvolvimento e capacidade de aprendizagem já se encontram afetados. Por fim, a intervenção psicomotora de âmbito terapêutico ocorre quando o indivíduo já apresenta um comprometimento no seu desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo e dificuldades na adaptação ao seu meio envolvente (Morais et al., 2005; APP, 2011).

A intervenção psicomotora destina-se a indivíduos de todas as faixas etárias (Beck et al., 2004), nomeadamente para aqueles que apresentam dificuldades de incidência corporal, relacional e cognitiva (APP, 2011) podendo-se realizar em contextos de saúde (e.g. hospitais e centros de desenvolvimento), educação (e.g. escolas do ensino pré-escolar, básico e secundário), segurança social (e.g. IPSS e centros de dia), justiça (e.g. serviços de reinserção social) ou em todos os locais destinados à prática de desporto adaptado, atividade em meio aquático, entre outros (APP, 2011). As sessões de psicomotricidade podem ocorrer individualmente ou em grupo (Beck et al., 2004) e incluem uma grande variedade de técnicas de intervenção como as técnicas de relaxação, atividades expressivas, atividades de carácter lúdico e atividades motoras realizadas de forma consciente (Morais et al., 2005).

Ao longo do período de estágio foram dinamizadas sessões individuais e em grupo onde se aplicaram as várias técnicas de intervenção acima mencionadas nos vários contextos onde a atividade psicomotora se desenvolveu. Assim seguidamente serão abordados os vários contextos em que a estagiária interviu (Atividade Física Adaptada, Desporto Adaptado e Estimulação Multissensorial) e quais os seus benefícios para a população com DID, PEA e PC.

Atividade Física Adaptada e Desporto Adaptado

A Atividade Física Adaptada (AFA) é uma das áreas terapêuticas existentes para os clientes da AFID e é definida pela *International Federation for Adapted Physical Activity* (IFAPA, 2014) como a área disciplinar que se dedica à promoção da adoção de um estilo de vida saudável e à prática de desporto para as populações com dificuldades que apresentam limitações no desempenho das atividades físicas. Já na perspetiva de Doll-Tepper (1996 cit in Hutzler e Sherrill, 2007) a AFA corresponde às ações de movimento promovidas em contexto de reabilitação, educação, lazer e competição, tendo em conta as necessidades, competências e preferências das pessoas com dificuldades. É ainda importante salientar que a AFA engloba todas as ações motoras globais, quer seja em contexto de reabilitação, educação, desporto, educação física ou atividades recreativas (IFAPA, 2014) e que pretende não só a promoção de uma vida ativa para aqueles com limitações na execução de atividades motoras (Hutzler e Sherrill, 2007), mas também promover o seu bem-estar emocional e, como consequência, a sua qualidade de vida (Martin, 2013).

De um modo geral a população com DID encontra-se em maior risco de desenvolver doenças do que a população em geral, resultado de fatores associados ao seu diagnóstico, pela dificuldade em aceder a serviços médicos ou pelo estilo de vida

que levam (Heller, McCubbin, Drum e Peterson, 2011) que se caracteriza pelo sedentarismo (Valk, Metsemakers, Haveman e Crebolder, 2018). Esta reduzida prática de atividade física justifica-se por condições médicas associadas (e.g. epilepsia), pela existência de limitações físicas (e.g. imobilidade, falta de força, flexibilidade e resistência muscular e cardiovascular) ou pela falta de oportunidades (Finlayson et al., 2009). Como resultado destes fatores há uma maior tendência para o excesso de peso e para a obesidade (Chow, Choi e Huang, 2018).

Assim, a atividade física surge como uma prática essencial para esta população uma vez que produz efeitos positivos tanto a nível físico como a nível psicológico e social (Heller et al., 2011). Em termos físicos destaca-se o efeito que a atividade física tem no aumento das competências motoras destes indivíduos (Heller et al., 2011), nomeadamente no aumento da força muscular, equilíbrio, coordenação e agilidade (Pestana, Barbieri, Vitória, Figueiredo e Castro, 2018), destacando-se também a sua importância na prevenção de doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, alterações ósseas e obesidade (United States Department of Health and Human Services, 1996). A nível psicológico destaca-se a redução dos comportamentos desadaptados, o incremento dos sentimentos de satisfação pessoal (Heller et al., 2011) e a melhoria da capacidade de socialização (Güvendi e İlhan, 2017).

À semelhança do que acontece na DID, também as pessoas com PEA têm uma probabilidade mais elevada que os restantes pares para apresentarem excesso de peso ou obesidade (Presmanes, Zuckerman e Fombonne, 2015), justificado pela vida sedentária que levam (Pan e Frey, 2006), sendo que esta tende a aumentar com a idade (MacDonald, Esposito e Ulrich, 2011). Como resultado, estes indivíduos estão mais propensos a desenvolver doenças associadas à inatividade física (Pan e Frey, 2006). Deste modo, a atividade física surge como uma prática essencial para esta população, uma vez que traz benefícios não só ao nível da saúde (Lang et al., 2010), mas também ao nível das competências motoras e sociais (Sowa e Meulenbroek, 2012). Os estudos realizados neste âmbito indicam ainda que a atividade física contribui para a redução dos comportamentos desadaptados, nomeadamente ao nível da autoagressão (Baranek, 2002), autoestimulação (Lang et al., 2010) e vocalizações (Sorensen e Zarrett, 2014), ao mesmo tempo que possibilita um incremento dos comportamentos adaptados (Lang et al., 2010) como a autorregulação, as competências sociais e a produtividade (Sorensen e Zarrett, 2014).

Já as pessoas com PC têm tendencialmente uma maior probabilidade que os seus pares típicos em apresentarem doenças como diabetes, asma, hipertensão, entre outros (Peterson, Ryan, Hurvitz e Mahmoudi, 2015), o que juntamente como o facto de

apresentarem uma vida sedentária e isenta da prática de atividade física os coloca em maior risco de morbidade (Verschuren, Peterson, Balemans e Hurvitz, 2016).

Tal como acontece para as outras populações, a prática de atividade física é também fundamental para os indivíduos com PC uma vez que além dos efeitos benéficos que proporciona ao nível da saúde é também importante na promoção do seu nível de satisfação (Carroll, Leiser e Paisley, 2006) e da independência e da sua manutenção na realização das atividades quotidianas (Rimmer, 2001).

Dentro deste domínio surge ainda o desporto adaptado que corresponde ao conjunto das alterações implementadas num desporto já existente ou à criação de uma nova prática desportiva de modo a fazer face às necessidades e características das pessoas com dificuldades (Winnick, 2011). O desporto adaptado encerra em si um conjunto de benefícios para esta população que em conjunto contribuem para uma melhor qualidade de vida (Côté-Leclerc et al., 2017): adoção de um estilo de vida mais ativo, melhoria da aptidão física, resistência cardiovascular e musculoesquelética, diminuição da probabilidade da ocorrência de doenças diretamente ligadas à inatividade motora, aumento da autoconfiança, diminuição da ansiedade (Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência – FPDPD, 2016), aumento de aceitação e pertença a um grupo (Ashton-Shaeffer, Gibson, Holt e Willming, 2001), promoção da comunicação com os outros, diminuição da exclusão social e promoção da independência destes indivíduos (FPDPD, 2016).

Uma vez que a natação adaptada é o principal desporto praticado pelos clientes da AFID, em seguida será apresentado com mais detalhe esta modalidade e quais os seus benefícios para a população com DID, PEA e PC.

Natação Adaptada

A Natação Adaptada corresponde a uma das várias atividades terapêuticas que se encontram disponíveis para os clientes da AFID. Na instituição, as atividades realizadas em meio aquático têm sido, ao longo dos últimos anos, um meio preferencial para a reabilitação de pessoas com dificuldades devido às suas características facilitadoras. Deste modo, a água apresenta um conjunto de propriedades fisiológicas – densidade, gravidade, pressão, fluabilidade, entre outros (Winnick, 2011) que permitem uma maior mobilidade e possibilitam a realização de movimentos com maior facilidade (Geytenbeck, 2002) e maior segurança (Stan, 2012), contribuindo para uma maior liberdade de movimentos e autonomia àqueles que no dia-a-dia necessitam dos mais diversos apoios para se moverem (Winnick, 2011). Este tipo de atividade pode ser

realizado com o intuito de promover a saúde, como forma de competição ou como atividade terapêutica (Pessoa, Yáziqi e Gama, 2016).

Em termos de benefícios motores, a prática de natação promove o aumento da capacidade cardiorrespiratória, da coordenação (Fragala-Pinkham, O'Neil e Haley, 2010), diminuição dos espasmos musculares, aumento da amplitude dos movimentos realizados e da força muscular, melhoria da postura e da capacidade da marcha, bem como o desenvolvimento do equilíbrio e do esquema corporal (Matias, 2010; Pessoa et al., 2016). Neste âmbito, Winnick (2011) salienta que a prática da natação promove o desenvolvimento da musculatura responsável pela estabilidade postural, o que por sua vez influencia a capacidade de marcha e do manuseamento de objetos. Na área sócio emocional, a natação contribui para a melhoria da autoconfiança, para a socialização e para uma melhor capacidade para regular as emoções (Matias, 2005), salientando-se a promoção da relaxação (Biasoli e Machado, 2006). Por sua vez, estes benefícios resultam numa maior independência dos indivíduos (Matias, 2005). Por último destacam-se os efeitos cognitivos que incluem um maior nível de concentração, a possibilidade de explorar de forma ativa o envolvimento e ultrapassar mais facilmente as barreiras existentes.

Fragala-Pinkham e colegas (2010) avaliam os benefícios da intervenção em meio aquático em crianças com dificuldades (onde se incluíam os diagnósticos de DID, PEA e PC) e concluiu-se que a terapia realizada neste contexto promovia o aumento das competências de natação, da força, resistência, equilíbrio e coordenação global. Em termos psicológicos e sociais foram reportados maiores níveis de autoestima e autoconfiança e uma maior interação social. Resultados semelhantes foram encontrados num outro estudo que incluía apenas crianças com DID onde se observou que a participação em aulas de natação promovia o aumento da força, da resistência vascular e muscular, da agilidade e do equilíbrio (Yilmaz et al., 2009). A intervenção em meio aquático conduziu também a um aumento das competências de natação e à diminuição da presença de comportamentos antissociais em crianças com diagnóstico de PEA (Pan, 2010). Já em crianças com PC, foram registadas melhorias nas habilidades de natação bem como na motricidade global (Dimitrijević et al., 2012).

Estimulação Multissensorial

Outra das atividades terapêuticas disponíveis para os clientes da AFID é a Estimulação Multissensorial realizada em Sala de *Snoezelen*. O termo *Snoezelen* tem origem na junção das palavras *snuffelen* (que significa relaxar) e *doezelen* (que significa explorar) (Rodríguez e Llauradó, 2010) e foi desenvolvido no final da década de 70 pelos

terapeutas Jan Hulsegge e Ad Verheul após observarem os efeitos positivos da estimulação sensorial em indivíduos com DID (Sánchez e Abreu, 2010). Na Sala de *Snoezelen* o principal objetivo passa por proporcionar momentos de exploração sensorial agradáveis num ambiente seguro (Kwok, To e Sung, 2003), permitindo aos indivíduos vivenciar momentos de relaxamento, experimentação e interação com o envolvimento de acordo com o seu ritmo, vontades e preferências (Viegas, 2003), o que irá resultar no aumento da autoconfiança, autocontrolo, concentração, bem-estar e num melhor relacionamento com os outros e diminuir a ocorrência dos comportamentos disruptivos (Kwok et al., 2003; Rodríguez e Llauradó, 2010).

Na AFID a Estimulação Multissensorial ocorria numa Sala de *Snoezelen* Branca com materiais destinados à estimulação dos sistemas visuais, auditivos, vestibulares, táteis, olfativos e gustativos. Assim, a sala estava equipada com aparelhagem, colchão de água vibratório, fibras óticas, colunas de bolhas, espelhos, projetor, foco LED e um painel de aromas. A estimulação multissensorial com a população com DID apresenta resultados benéficos. No estudo de Lotan, Gold e Yalon-Chamovitz (2009) com adultos com DID verificou-se que a intervenção em Sala de *Snoezelen* contribuía para a diminuição de comportamentos disruptivos como a auto e hétero agressividade, comportamentos obsessivos, entre outros. Os autores salientam ainda a existência de resultados positivos independentemente do nível de funcionalidade dos indivíduos. De modo semelhante, também Singh e colegas (2004) concluíram que a estimulação multissensorial em Sala de *Snoezelen* reduzia os comportamentos de agressividade em adultos com DID. Apesar de também apontarem resultados positivos, a meta-análise de Lotan e Gold (2009) salienta para a necessidade de se realizarem mais estudos com amostras mais significativas e com melhores métodos de avaliação.

O processamento da informação sensorial encontra-se alterado nos indivíduos com PEA, apresentando estes uma tendência para a hipo ou hiper reatividade aos estímulos provenientes do envolvimento. Como resultado é comum apresentarem comportamentos de auto e hétero agressão ou comportamentos repetitivos que podem ser reduzidos através da intervenção em Sala de *Snoezelen*, uma vez que este espaço permite que as pessoas com autismo regulem os níveis de estimulação sensorial que obtêm consoante as suas preferências (Stadele e Malaney, 2001). Mey, Cheng e Ching (2015) identificaram que através de sessões estruturadas, as crianças com PEA encontravam-se mais relaxadas, mais concentradas, adaptavam-se mais facilmente às alterações do envolvimento e eram mais capazes de participar em atividades, cumprindo as regras dadas.

Por último, apesar de existirem poucos estudos sobre os benefícios da estimulação multissensorial em pessoas com PC, Arias e Jiménez (2004), com adultos com PC, verificaram melhorias ao nível da atenção que não se mantiveram ao longo do tempo.

Terminada a revisão bibliográfica acerca da psicomotricidade e dos seus contextos de intervenção, no capítulo seguinte será abordado todo o trabalho prático realizado pela estagiária ao longo do seu ano da AFID.

Intervenção Psicomotora na Fundação AFID Diferença

Calendarização e Organização do Estágio

O estágio curricular de Reabilitação Psicomotora na Fundação AFID Diferença começou a 16 de outubro de 2017 e terminou a 30 de maio de 2018, perfazendo um total de sete meses. Ao longo deste período a estagiária passou por diferentes etapas, cada uma delas com finalidades distintas. Assim, enquanto nos primeiros tempos o principal objetivo foi o de conhecer os clientes e toda a dinâmica da fundação, os meses finais permitiram já a realização de um trabalho autónomo ao nível da intervenção psicomotora. No que diz respeito à carga semanal de horas, foi elaborado um horário pela orientadora local e pela diretora do CAO que permitisse à estagiária acompanhar vários contextos de intervenção e que respeitasse a média de 20-22h horas de trabalho semanal. Deste modo, o horário do primeiro trimestre do estágio é apresentado na tabela seguinte (tabela 1).

Tabela 1 - Horário do Primeiro Trimestre do Estágio.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Snoezelen (9h-9h45)		Grupo de Atividade Física Adaptada (9h-10h)		Snoezelen (9h-9h45)
	Snoezelen (10h-10h45)	Grupo de Atividade Física Adaptada (10h-11h)	Treino de Escadas (10h-11h)		Massagem (10h-10h30)
	Grupo de Atividade Motora Adaptada (11h-12h)	Grupo de Atividade Motora Adaptada (11h-12h)	Snoezelen (11h15-12h)		Snoezelen (11h-12h)
		Almoços (12h-13h)			Almoços (12h-13h)
Tarde	Vigilância (13h-14h)		Vigilância (13h-14h)		
	Corfebol (14h-15h)		Natação Adaptada (14h-16h)		Grupo de Atividade Motora Adaptada (14h-15h)
	Caminhada (15h-16h)				Corfebol (15h-16)

O horário criado para a estagiária totalizava vinte e uma horas semanais e permitia o acompanhamento de uma grande variedade de contextos de intervenção, como o *snoezelen*, atividade motora adaptada, atividade física adaptada, corfebol, natação adaptada, entre outros. Além dos momentos de intervenção, a estagiária também acompanhou os clientes durante a hora de almoço e período de vigilância. Ao almoço o trabalho passava por auxiliar os clientes na fila do refeitório, em dar pequenos apoios aos clientes mais dependentes e em corrigir as posturas desadequadas. O período de vigilância corresponde a uma hora livre dos clientes durante a qual podem fazer atividades livres, e aqui o papel da estagiária foi o de os acompanhar nesta altura.

À terça-feira durante a tarde e o dia de quinta-feira eram os períodos livres da estagiária. A escolha destes dias deveu-se ao facto de serem as alturas em que a orientadora local se encontra mais tempo em contexto de snoezelen, principalmente com clientes que não iriam aceitar bem a presença da estagiária naquele espaço. A partir de janeiro a estagiária conjuntamente com a orientadora local elaborou um novo horário que se manteve até ao final do estágio (tabela 2).

Tabela 2 - Horário de Intervenção da Estagiária.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Planeamento de Sessões (9h-10h)		Grupo de Atividade Física Adaptada (9h-10h)		Grupo Ocupacional (9h15-9h45)
	Psicomotricidade Estudo de Caso A (10h-10h45)	Grupo de Atividade Física Adaptada (10h-11h)	Psicomotricidade Estudo de Caso A (10h-10h45)		Grupo Sénior (10h-11h15)
	Psicomotricidade Estudo de Caso P (11h-11h45)	Atividade Motora Adaptada (Estudo de Caso A e P) (11h-11h45)	Psicomotricidade Estudo de Caso P (11h-11h45)		Snoezelen Estudos de Caso (11h15-12h)
		Almoços (12h-13h)			Almoços (12h-13h)
Tarde	Vigilância (13h-14h)		Vigilância (13h-14h)		
	Corfebol (14h-15h)		Natação Adaptada (14h-16h)		Atividade Motora Adaptada (14h-15h)
	Grupo Caminhada (15h-16h)				Corfebol (15h-16h)

A criação deste horário começou com a escolha dos estudos de caso e com a seleção dos horários dedicados à intervenção individualizada tendo em conta a disponibilidade dos clientes. Deste modo, a estagiária trabalhava de forma individual com cada caso às segundas e quartas-feiras e realizava uma sessão de snoezelen com os dois clientes às sextas-feiras. Posteriormente, decidiu-se que a estagiária iria ser responsável por organizar e dinamizar as sessões de grupo onde os estudos de caso estavam incluídos (terça-feira). De modo a completar o horário foram selecionados os grupos que a estagiária gostaria de acompanhar juntamente com a orientadora. Por fim, optou-se por dinamizar sessões de psicomotricidade nas salas do grupo ocupacional e sénior, uma vez que nestes períodos a orientadora local encontrava-se maioritariamente a dinamizar sessões em contexto de snoezelen com grupos de dois clientes, pelo que não seria necessário o acompanhamento da estagiária. A partir de fevereiro a estagiária ficou também responsável pelo acompanhamento do grupo de caminhada e do corfebol nas tardes de segunda-feira e pelo acompanhamento dos clientes que se encontram no grupo inicial de natação adaptada, uma vez que a orientadora local foi selecionada para frequentar uma formação e deixou de ter disponibilidade para este acompanhamento.

Momentos do Estágio

O presente estágio envolveu sucessivas etapas com características e objetivos distintos que iniciaram com a integração na Fundação AFID Diferença e que culminaram com o planeamento e intervenção autónomas. Desta forma, a estagiária passou por quatro fases diferentes: observação, observação participada, intervenção supervisionada e intervenção autónoma.

Fase de Observação

A fase de observação decorreu nas três primeiras semanas do estágio e o seu principal objetivo foi o de integrar a estagiária no local. Ao longo da primeira semana foi feito um acompanhamento de todas as sessões realizadas pela orientadora local a fim de ficar a conhecer a sua rotina na instituição, principalmente em relação aos contextos onde desenvolvia a sua intervenção, bem como a população que acompanhava. Nas semanas seguintes a estagiária esteve presente em todas as salas do CAO da AFID. O tempo aí passado permitiu conhecer todos os clientes da instituição e não só aqueles que eram acompanhados pela orientadora, bem como toda a equipa técnica, permitindo uma melhor integração no local de estágio. Nesta fase foi também possível ficar a conhecer quais os objetivos de intervenção em cada sala, o trabalho desenvolvido pelos clientes e as rotinas de cada um. Este período de três semanas foi essencial para o trabalho desenvolvido futuramente, visto que permitiu uma maior familiarização com os clientes e funcionários e um conhecimento mais aprofundado acerca das relações existentes entre os clientes e entre estes e a equipa técnica.

Fase de Observação Participada

Este período de observação decorreu entre novembro e dezembro, período no qual a estagiária voltou a acompanhar exclusivamente o trabalho realizado pela orientadora, tendo em conta o horário estabelecido. Esta etapa permitiu ficar a conhecer melhor o modo como a intervenção psicomotora é desenvolvida na AFID. Foi possível observar uma grande variedade de sessões, experienciar os seus diferentes momentos e perceber o tipo de atividades desenvolvidas em cada contexto, bem como o modo como são adaptadas, tendo em conta as características da população, os apoios prestados a cada cliente e as estratégias mais utilizadas. Além disso, foi uma oportunidade para perceber quais as principais necessidades de cada cliente, o modo como participavam nas atividades propostas e se relacionavam com os pares. Este período foi sem dúvida fundamental, uma vez que possibilitou não só o aumento dos conhecimentos acerca da prática psicomotora realizada na instituição mas também uma maior aproximação entre a estagiária e os clientes e o estabelecimento de uma relação entre estes, essenciais

para uma futura intervenção a realizar. Por fim, visto tratar-se da primeira fase de contacto mais significativo entre todos houve, também, a necessidade de esclarecer dúvidas acerca das características dos clientes ou das estratégias usadas com cada um.

Fase de Intervenção Supervisionada

A anteceder o período de intervenção sem supervisão, a estagiária teve também oportunidade de planear e dinamizar sessões em momentos pontuais com a presença da orientadora. Tratou-se de uma fase de transição fundamental, tanto para os clientes como para a estagiária: aos clientes permitiu a adaptação a uma pessoa nova mas sempre com a presença da sua figura de referência; e, por outro lado, a estagiária teve a possibilidade de dinamizar, de forma autónoma, atividades tendo em conta os objetivos definidos para cada um dos grupos, adaptando a sua intervenção consoante as dificuldades percecionadas. Neste caso, a presença da orientadora proporcionou uma maior segurança e a oportunidade de esclarecer as dúvidas que iam surgindo com o decorrer das sessões.

Fase de Intervenção Autónoma

A fase de intervenção autónoma decorreu entre os meses de janeiro e maio e constituiu o momento final do estágio de psicomotricidade. Ao longo deste tempo a estagiária teve a oportunidade de trabalhar de forma independente com dois estudos de caso, que foram selecionados pela mesma e posteriormente aprovados pela orientadora local. Tratou-se de um trabalho complexo que envolveu diversos momentos: seleção dos casos, pedidos de autorização aos responsáveis legais, escolha dos instrumentos de avaliação, avaliação inicial, definição de objetivos, intervenção psicomotora e avaliação dos resultados finais. Além deste trabalho, a estagiária continuou a acompanhar a orientadora em alguns grupos com o sentido de prestar apoios mais individualizados aos clientes que necessitassem e de continuar a aprender acerca do trabalho psicomotor desenvolvido na fundação, permitindo um aprimoramento das competências e dos conhecimentos da estagiária. Por fim, a estagiária teve ainda a oportunidade de criar e desenvolver a sua intervenção com pequenos grupos também de forma totalmente autónoma. De modo a permitir um melhor conhecimento acerca das características dos clientes dos grupos acompanhados e do trabalho aí realizado, seguidamente será feita uma pequena apresentação dos mesmos.

Grupos Acompanhados

Além da intervenção psicomotora realizada com os estudos de caso, a estagiária teve ainda a oportunidade de acompanhar vários grupos com características distintas, desempenhando um papel mais ativo quando era responsável por planejar e dinamizar sessões ou tendo a função de acompanhar a orientadora e prestar apoios individualizados a determinados clientes. Foram acompanhados grupos com características muito distintas em vários contextos: AMA, AFA, Caminhada, Corfebol, Natação Adaptada, *Snoezelen* e Psicomotricidade em Sala, pelo que em seguida se procede à sua explicitação.

Atividade Motora Adaptada

No contexto da AMA a estagiária acompanhou dois grupos de clientes. Uma vez que se tratavam dos grupos onde estavam inseridos os dois estudos de caso selecionados, a estagiária era responsável tanto pelo planeamento como pela dinamização das sessões, durante os últimos meses de estágio. No caso do primeiro grupo a orientadora estava presente para apoiar mais individualmente uma cliente que utilizava esse período de tempo para realizar atividade física. Já no segundo grupo, a presença da orientadora tinha o objetivo de observar as sessões ou de apoiar clientes com mais dificuldades. A descrição geral dos clientes acompanhados nos dois grupos encontra-se presente na tabela seguinte (tabela 3):

Tabela 3 - Descrição dos grupos de AMA acompanhados pela estagiária.

Grupo	Género	Diagnóstico	Sala
1	Masculino	Atraso Global do Desenvolvimento	Grupo Artístico
1	Masculino	Síndrome de Asperger	Grupo Artístico
1	Feminino	DID	Grupo Artístico
1	Masculino	Perturbação do Espectro do Autismo	Sala de Inclusão
1	Masculino	DID e Microcefalia (Estudo de Caso)	Sala de Inclusão
2	Masculino	Paralisia Cerebral	Sala de Inclusão
2	Feminino	Trissomia 21	Sala de Inclusão
2	Feminino	Síndrome de Williams	Sala de Inclusão
2	Masculino	DID e Microcefalia (Estudo de Caso)	Sala de Inclusão
2	Masculino	Síndrome de Asperger (Estudo de Caso)	Sala de Inclusão
2	Masculino	Atraso Global do Desenvolvimento	Sala de Inclusão
2	Feminino	Síndrome Rubistein Taybi	Sala de Inclusão

É possível verificar que as sessões de AMA, da responsabilidade da estagiária, contavam com 12 clientes entre os 20 e os 40 anos. Neste tipo de intervenção a instituição opta por criar grupos com características homogéneas, de modo a que os objetivos definidos para a intervenção sejam semelhantes para todos. Devido ao facto dos clientes se encontrarem distribuídos pelas salas, tendo em conta as suas

necessidades e potencialidades, os grupos acabam por ser constituídos quase na totalidade por elementos da mesma sala.

Ambos os grupos tinham uma sessão de AMA por semana que se realizava no ginásio da instituição com uma duração de aproximadamente 60 minutos. Os objetivos eram definidos tendo em conta as principais necessidades identificadas para os estudos de caso, mas também respeitando os objetivos propostos para os restantes clientes pertencentes ao grupo, tal como os seus interesses e características. As sessões tinham início quando a estagiária ia buscar os clientes às salas e se deslocava com eles para o ginásio. Este período era utilizado sobretudo para conversar com os clientes e promover a interação, tentando perceber o estado de espírito de cada um.

No ginásio, as sessões iniciavam-se com **atividades de ativação** (10 min) que pretendiam não só ativar o sistema muscular mas também promover a concentração e a atenção de todos, preparando-os para a intervenção propriamente dita. Posteriormente eram trabalhados os objetivos definidos para cada cliente, no **corpo da sessão** (30 min), centrando a intervenção na promoção das competências psicomotoras através de circuitos e atividades promotoras de cooperação e competição, de modo a potenciar a comunicação e a criação de uma relação saudável entre todos, necessidade identificada pela estagiária em alguns dos elementos de cada grupo. Finalmente, era realizado o **retorno à calma** (10 min), preparando os clientes para regressarem às suas salas e darem continuidade ao seu trabalho. Neste momento, optava-se por atividades de relaxação individual ou a pares, aliando momentos de descontração a momentos de interação e cooperação com os outros. No final da sessão, os clientes auxiliavam na arrumação do material e a estagiária deslocava-se novamente com eles até às salas, utilizando este momento para questionar os clientes acerca das atividades que tinham sido realizadas, quais as que tinham gostado mais e que tinham tido maior facilidade, bem como o contrário. Um exemplo de um planeamento de sessão de AMA planeado e dinamizado pela estagiária encontra-se disponível em anexo (Anexo A).

AFA e Caminhada

A estagiária acompanhou três grupos de AFA ao longo do estágio. Até ao mês de janeiro a sua principal função foi a de acompanhar a orientadora local e apoiar os clientes com mais dificuldades na realização dos exercícios propostos. A partir do mês de fevereiro as sessões de um grupo passaram a ser planeadas e dinamizadas de forma autónoma pela estagiária. A descrição dos clientes acompanhados nas sessões de AFA encontra-se presente na tabela seguinte (tabela 4):

Tabela 4 - Descrição dos grupos de AFA acompanhados pela estagiária.

Grupo	Género	Diagnóstico	Sala
1	Masculino	Trissomia 21	Grupo Artístico
1	Masculino	Trissomia 21	Sala de Inclusão
1	Masculino	Atraso Global do Desenvolvimento	Sala de Inclusão
1	Feminino	Trissomia 21	Grupo Artístico
1	Feminino	Trissomia 21	Grupo Artístico
1	Feminino	Atraso Global do Desenvolvimento	Grupo Artístico
1	Feminino	Síndrome Rubistein Taybi	Grupo Artístico
1	Feminino	DID	Grupo Artístico
1	Feminino	DID	Grupo Artístico
2	Masculino	Paralisia Cerebral	Grupo Artístico
2	Feminino	Síndrome de Prader Willi	Grupo Artístico
3	Feminino	Multideficiência	Estritamente Ocupacional
3	Feminino	Paralisia Cerebral	Estritamente Ocupacional
3	Masculino	Paralisia Cerebral	Estritamente Ocupacional
3	Masculino	PEA	Estritamente Ocupacional
3	Masculino	DID	Ocupacional
3	Masculino	DID	Ocupacional

Neste contexto foram acompanhados 17 clientes entre os 20 e os 40 anos. Tal como acontecia no grupo anterior, estes grupos eram constituídos por indivíduos com necessidades semelhantes, de modo a promover uma homogeneidade em termos de intervenção. As sessões dos primeiros dois grupos eram de AFA ou de Caminhada, dependendo do estado meteorológico. Já o último grupo realizava sempre a sua intervenção de AFA no ginásio devido às limitações locomotoras de alguns dos clientes.

A estagiária passou a acompanhar autonomamente o grupo 1 a partir de fevereiro, estando definida uma sessão semanal de 60 minutos de atividade física que ocorria no ginásio ou uma caminhada realizada nos jardins da instituição, sendo que a estruturação das sessões era semelhante às de AMA. Neste caso, a estagiária também ia buscar os clientes às respetivas salas e acompanhava-os até ao espaço onde a sessão iria decorrer, aproveitando este tempo para interagir com eles. No ginásio começavam por ser realizados exercícios de **ativação muscular** que tinham como objetivo a preparação para a atividade e, a seguir, na **fase fundamental**, eram realizados exercícios de treino cardiovascular e de treino de força, com a utilização dos equipamentos disponíveis no espaço (e.g. bicicletas estáticas). Por fim, nos momentos finais, realizavam-se exercícios de alongamento, promovendo o **retorno à calma** e o **relaxamento muscular**. Terminada a sessão, os clientes eram novamente acompanhados às salas. A cada quinze dias, e se o estado meteorológico assim o permitisse, o grupo realizava uma caminhada ao longo do jardim da instituição. As sessões dos restantes grupos eram da responsabilidade da orientadora local, estando a estagiária presente para apoiar de forma mais individualizada as pessoas com mais dificuldades. Um dos planeamentos de sessão realizados pela estagiária encontra-se disponível em anexo (Anexo B).

Corfebol

Ao longo do estágio foi também feito um acompanhamento aos grupos de corfebol. O corfebol é um desporto de equipa cujo principal objetivo passa por encestar uma bola no campo adversário (International Korfball Federation [IKF], 2017). Trata-se de um desporto onde cada equipa é constituída por oito elementos, quatro do género masculino e quatro do género feminino e onde cada jogador só pode realizar oposição a indivíduos da equipa contrária do mesmo género (IKF, 2018). O corfebol é ainda promotor do desenvolvimento das habilidades motoras globais, da capacidade de cooperação e respeito pelos outros, bem como pela igualdade de género (IKF, 2017).

Este grupo foi criado pela AFID há cerca de três anos e inclui exclusivamente clientes pertencentes à sala de inclusão que praticavam este desporto no campo de corfebol localizado no jardim da instituição. A finalidade do corfebol passa por promover o bem-estar físico dos clientes, mas também potenciar a aquisição de competências sociais, uma vez que a maioria se encontra em situações de emprego protegido na comunidade. Deste modo, pretende-se potenciar o cumprimento de regras bem como a cooperação entre o grupo, capacidades fundamentais para quem está inserido no mercado de trabalho. Até janeiro a estagiária apenas apoiou a orientadora local com um dos grupos, no entanto, entre os meses de fevereiro e maio ficou responsável por dinamizar o treino de corfebol de um dos grupos. A caracterização da equipa de corfebol é apresentada em seguida (tabela 5):

Tabela 5 - Descrição dos grupos de corfebol acompanhados pela estagiária.

Grupo	Género	Diagnóstico	Sala
1	Masculino	DID	Sala de Inclusão
1	Masculino	Trissomia 21	Sala de Inclusão
1	Masculino	Trissomia 21	Sala de Inclusão
1	Masculino	DID	Sala de Inclusão
1	Masculino	DID	Sala de Inclusão
1	Feminino	DID	Sala de Inclusão
1	Feminino	DID	Sala de Inclusão
1	Feminino	DID	Sala de Inclusão
2	Feminino	DID	Sala de Inclusão
2	Feminino	DID	Sala de Inclusão
2	Feminino	AGD	Sala de Inclusão
2	Masculino	Síndrome de Asperger	Sala de Inclusão
2	Masculino	DID	Sala de Inclusão
2	Masculino	DID	Sala de Inclusão
2	Masculino	DID	Sala de Inclusão
2	Masculino	DID	Sala de Inclusão

Neste contexto a estagiária teve a oportunidade de trabalhar com os dois grupos, no entanto, a intervenção realizada de forma autónoma ocorreu com o primeiro grupo. Tal como se pode observar na tabela anterior, os elementos da equipa de corfebol têm idades entre os 20 e os 40 anos, pertencendo todos à sala de inclusão. Antes de se

iniciar a sessão, a estagiária ia buscar os elementos do grupo à sala e deslocava-se com eles até ao campo de corfebol. O treino iniciava-se com a realização de exercícios de **ativação muscular** (5 min) e só depois é que se iniciava a prática do desporto. Na **fase fundamental** (40 min) os clientes começavam por lançar a bola entre eles, seguindo-se um momento no qual era pedido a um ou mais elementos que tentassem retirar a bola aos restantes colegas. Posteriormente eram feitos lançamentos para o cesto e por fim era realizada uma situação de jogo. O treino terminava com um pequeno momento de **retorno à calma** (5 min). Um exemplo de um plano de sessão planeado e dinamizado pela estagiária esta disponível em anexo (Anexo C).

Natação Adaptada

A natação adaptada foi uma atividade na qual a estagiária interveio de forma bastante ativa logo desde o início do seu estágio. Uma vez que se trata de uma atividade extra, os clientes acompanhados pertenciam a salas diferentes (tabelas 6 e 7). Neste contexto eram acompanhados 18 clientes entre os 20 e os 40 anos, sendo a maioria do género masculino. A estagiária era responsável por acompanhar o **grupo de iniciantes**, juntamente com a orientadora local ou com o monitor de desporto, em sessões semanais de 60 minutos nas Piscinas do Bairro da Boavista.

O acompanhamento aos clientes iniciava-se na instituição com a entrada na carrinha e a deslocação até às piscinas. Neste espaço a estagiária começava por acompanhar as pessoas do género feminino no balneário, não sendo necessários apoios uma vez que todas tinham autonomia ao nível do vestuário. A principal participação da estagiária ocorria dentro de água. Deste modo, as sessões eram iniciadas com a **entrada na piscina** e com a realização de exercícios de **ativação geral** (15 min) que promovessem a ativação muscular e que trabalhassem as competências de respiração e imersão. De seguida, na parte fundamental (30 min) eram trabalhadas as **técnicas de nado** com especial enfoque na técnica de *crawl* e costas. Por fim, no final da sessão, existia um momento de **relaxação** que pretendia promover o retorno à calma (5 min). Terminado o treino, a estagiária voltava a acompanhar as clientes no balneário e na deslocação para a instituição. Um exemplo de um plano de sessão desenvolvido e dinamizado pela estagiária encontra-se em anexo (Anexo D).

Tabela 6 - Descrição do grupo de natação adaptada acompanhado pela estagiária.

Grupo	Género	Diagnóstico	Sala
Iniciante	Feminino	DID	Sala de Inclusão
Iniciante	Feminino	AGD	Sala Sénior
Iniciante	Feminino	DID	Grupo Artístico
Iniciante	Feminino	Trissomia 21	Sala de Inclusão
Iniciante	Feminino	DID	Grupo Artístico

Tabela 7 (cont.)- Descrição do grupo de natação adaptada acompanhado pela estagiária.

Grupo	Género	Diagnóstico	Sala
Iniciante	Masculino	Trissomia 21	Sala de Inclusão
Iniciante	Masculino	PEA	Ocupacional
Iniciante	Masculino	Síndrome X Frágil	Ocupacional
Avançado	Feminino	Trissomia 21	Grupo Artístico
Avançado	Feminino	Trissomia 21	Sala Sénior
Avançado	Masculino	PEA	Grupo Artístico
Avançado	Masculino	Traumatismo Crânio encefálico	Grupo Artístico
Avançado	Masculino	Trissomia 21	Grupo Artístico
Avançado	Masculino	Síndrome de Asperger	Sala de Inclusão
Avançado	Masculino	Síndrome de Asperger	Grupo Artístico
Avançado	Masculino	DID	Sala de Inclusão
Avançado	Masculino	Síndrome de Asperger	Sala de Inclusão
Avançado	Masculino	Trissomia 21	Sala de Inclusão

Psicomotricidade em Sala

As sessões de psicomotricidade em sala começaram em janeiro, quando a estagiária iniciou a sua fase de intervenção autónoma. Devido à existência de espaços livres no horário definido, foi acordado com a orientadora local que a estagiária passaria a fazer um acompanhamento em sala aos clientes do grupo ocupacional e sénior. Esta intervenção realizava-se uma vez por semana com uma duração de 50 minutos, sendo realizada nas respetivas salas. Devido ao facto de alguns dos clientes se encontrarem a realizar atividades fora da sua sala, os clientes acompanhados pela estagiária foram quase sempre os mesmos (tabela 8):

Tabela 8 - Descrição dos grupos de psicomotricidade em sala acompanhados pela estagiária.

Grupo	Género	Diagnóstico	Sala
1	Masculino	Síndrome X Frágil	Ocupacional
1	Masculino	DID	Ocupacional
1	Masculino	DID	Ocupacional
1	Masculino	DID	Ocupacional
2	Masculino	DID	Sala Sénior
2	Masculino	DID	Sala Sénior
2	Masculino	Paralisia Cerebral	Sala Sénior

A intervenção realizada com cada grupo foi planeada de acordo com as necessidades identificadas pela estagiária através da observação da execução de um conjunto de tarefas, optando-se por trabalhar a atenção, permanência na tarefa, bem como as competências de noção corporal, estruturação espacial e praxia fina, indo ao encontro dos objetivos estipulados no plano individual institucional. As sessões iniciavam-se com uma pequena conversa com os clientes seguindo-se a realização das atividades principais. No final os clientes eram questionados acerca das tarefas que tinham sido mais fáceis e mais difíceis de executar bem como aquelas que tinham gostado mais de executar. Por fim, auxiliavam na arrumação do material. Em anexo

(Anexo E) encontra-se disponível um exemplo de um plano de sessão de psicomotricidade em sala.

Aspetos Gerais da Intervenção

A possibilidade de trabalhar com um elevado número de clientes em diversos contextos de intervenção ao longo do período de estágio foi uma importante oportunidade para desenvolver competências profissionais fundamentais para o trabalho do psicomotricista. Assim, de modo a possibilitar uma intervenção psicomotora pensada e coerente, a estagiária sentiu a necessidade de, numa fase anterior à intervenção, identificar as principais necessidades para os vários grupos que acompanhou e ao longo desta procurar organizar da melhor forma as suas sessões em termos de estruturação e estratégias.

Previamente à intervenção foi preciso perceber quais as principais necessidades dos clientes através de questões colocadas à orientadora local e de processos de observação direta que ocorreram durante os primeiros meses de estágio. Com base nas conclusões retiradas identificaram-se as áreas a trabalhar para cada grupo. Assim, ao longo da intervenção foram promovidas atividades que tinham em conta as necessidades e a heterogeneidade de características dos clientes, não sendo nem demasiado fáceis nem demasiado difíceis, evitando a desmotivação ou frustração nos indivíduos. Anteriormente a todo este processo interventivo foram identificadas áreas prioritárias para os grupos, tendo essas sido as mais trabalhadas. Tomando como exemplo um dos grupos de AMA pelos quais a estagiária ficou responsável, foram observadas limitações nos vários fatores psicomotores, no entanto foram também identificadas dificuldades na interação social e relações interpessoais. Devido às complicações que provocavam com o restante grupo de pares, esta foi apontada como uma área prioritária de intervenção, sendo realizadas em todas as sessões atividades de grupo que promovessem a cooperação e interação entre todos.

Outro dos aspetos que orientou a intervenção realizada pela estagiária passou pela necessidade de elaborar planos e relatórios de sessão diários. Numa primeira fase este trabalho permitiu verificar as principais dificuldades dos clientes e, mais tarde, ajudou a perceber a evolução de cada cliente e se os apoios prestados eram os mais indicados ou se havia necessidade de os adaptar. Apesar de, na maioria das vezes, os planos elaborados terem sido os dinamizados ocorreram situações em que motivos internos (e.g. estado emocional) ou externos (e.g. mudança de instalações) ao cliente impossibilitaram o cumprimento do plano traçado. Também a duração de cada atividade não obedecia a um cumprimento fixo, sendo que os principais motivos que causavam

estas alterações se prendiam com o ritmo com que concretizavam as atividades, a necessidade de fornecer um apoio mais individualizado aos clientes ou situações de dispersão e desconcentração que condicionavam a sessão. Tal como foi referido anteriormente, todas as sessões seguiam uma estrutura específica que incluía a fase de ativação geral, a fase fundamental e um momento final de retorno à calma. De modo a maximizar o alcance dos objetivos por parte dos clientes foram utilizadas diversas estratégias de intervenção:

- Fornecer tempo para a concretização das tarefas, independentemente da velocidade com que as realizam, i.e., respeito pelo ritmo individual;
- Manter a proximidade durante a execução das tarefas, encontrando-se disponível para auxiliar o cliente se este não se sentir seguro e confiante;
- Incentivar e reforçar positivamente o desempenho, de modo a manter a motivação necessária para a concretização da tarefa,
- Nos grupos com competências mistas promover a interação entre os clientes com mais e menos dificuldades;
- Fornecer instruções simples acompanhadas pela demonstração (Santos, 2018); no final questionar os clientes de modo a perceber se estes compreenderam as instruções;
- Utilizar os mesmos materiais ao longo da sessão de modo minimizando os tempos de transição que poderiam causar desconcentração;
- Quando finalizada uma tarefa arrumar de imediato os materiais que não seriam utilizados de seguida evitando situações de distração nas atividades seguintes;
- Adequar sempre as atividades à idade cronológica dos clientes, não infantilizando;
- Planear as sessões de acordo com os gostos dos clientes, para promover uma maior participação,
- Ao longo das sessões incluir tanto as atividades que trabalhassem as áreas a desenvolver como as áreas mais fortes, evitando situações de frustração e desmotivação;
- Iniciar a tarefa na sua vertente mais simples e conforme o desempenho dos clientes optar ou não por complexificá-la;
- Promover atividades novas por forma a manter o interesse dos clientes; e

- Promover momentos de diálogo que possibilitassem a reflexão dos clientes relativamente às principais facilidades e dificuldades que sentiram ao longo da sessão.

Ao longo destes meses realizou-se um trabalho intensivo com os vários grupos da instituição que possibilitaram um enorme crescimento profissional por parte da estagiária. Durante este período de intervenção com os vários grupos, o principal objetivo não passou pela avaliação formal dos clientes ou pela elaboração de objetivos terapêuticos e conseqüente análise da sua evolução, mas sim fornecer uma oportunidade para a estagiária intervir de forma mais ou menos autónoma com uma grande variedade de indivíduos cujas necessidades e características são bastante distintas. Assim, houve a possibilidade de trabalhar com clientes com diferentes diagnósticos bem como com graus de autonomia distintos, havendo pessoas com elevadas necessidades de apoio e outras com necessidades mais reduzidas, o que exigiu um planeamento de sessões adequadas para todos onde as atividades tivessem vertentes mais ou menos complexas consoante o tipo de dificuldades apresentadas. Além do nível de autonomia, também as características comportamentais e de personalidade impuseram a necessidade de identificar e implementar as estratégias de intervenção mais adequadas a cada caso. Por fim é de referir que todo o trabalho realizado com os vários grupos permitiu à estagiária ganhar uma maior confiança e assertividade no seu trabalho, bem como a capacidade de gerir conflitos e comportamentos.

Além da intervenção em grupo realizada nos vários contextos, o estágio possibilitou a seleção de dois estudos de caso, que servirão de exemplo mais detalhado de toda a intervenção da estagiária, pelo que os mesmos serão apresentados em seguida. Há que referir que a intervenção da estagiária exigiu a avaliação das competências psicomotoras dos clientes e a conseqüente obtenção de um perfil intraindividual, bem como a elaboração e implementação de um programa de intervenção que promova a aquisição dos objetivos definidos.

Intervenção Psicomotora com os Estudos de Caso

Estudos de Caso

Tal como referido, os estudos de casos apresentados pretendem detalhar a intervenção, de modo a uma maior compreensão das diversas etapas percorridas e da atividade da estagiária. Assim, numa primeira fase houve a necessidade de avaliar as competências psicomotoras de cada um, bem como o nível de adaptação ao contexto onde estão inseridos, de modo a possibilitar uma real perceção das capacidades dos clientes e a

permitir o planeamento de uma intervenção ajustada às suas necessidades. A avaliação psicomotora possibilita o estabelecimento do perfil psicomotor, identificando-se as áreas fortes e as áreas a promover, bem como orienta no planeamento centrado na pessoa, na interpretação e análise dos resultados e na monitorização do processo de intervenção (Fonseca, 2010b).

Desta forma, antes da intervenção propriamente dita, os clientes foram avaliados para se estabelecer o seu perfil intraindividual, com a identificação das áreas fortes – que atuariam mais tarde como forma de motivação para as tarefas, e das áreas a promover, base para a elaboração e implementação de um programa psicomotor personalizado. No final da aplicação do programa, os clientes foram avaliados, com os mesmos instrumentos iniciais, para se poder analisar não só sobre a evolução ou manutenção dos resultados, mas também tentando refletir sobre o processo.

A avaliação inicial e final dos dois clientes foi feita através da aplicação de dois instrumentos: a *Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa* (ECAP, Santos e Morato, 2004) e a *Checklist de Competências Psicomotoras*. A ECAP avalia a adaptação dos indivíduos ao contexto onde se encontram inseridos (Santos e Morato, 2012a; Santos e Morato, 2012b; Santos, Morato e Luckasson, 2014). Já a *Checklist de Competências Psicomotoras*, criada pela estagiária, baseou-se em outros instrumentos de avaliação existentes e tinha como objetivo avaliar o desempenho dos clientes em tarefas associadas aos sete fatores psicomotores.

Instrumentos

A *Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP)* é um instrumento que avalia a capacidade da pessoa com DID, dos 6 aos 60 anos, em adaptar-se ao seu contexto (Santos e Morato, 2012a; Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014), possibilitando a identificação das áreas fortes e a promover do indivíduo, contribuindo para a elaboração de planos de intervenção individualizados que promovam uma participação mais ativa na comunidade (Santos e Morato, 2004).

Este instrumento é constituído por duas partes (Santos e Morato, 2012a; Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014): a primeira destina-se a avaliar as competências de independência pessoal do sujeito em 10 domínios - *Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização*; e a segunda os comportamentos desajustados (8 domínios) - *Comportamento Social, Conformidade, Merecedor de Confiança, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, Comportamento Sexual,*

Comportamento Auto abusivo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal Perturbado

A cotação dos domínios da primeira parte é feita de dois modos distintos: alguns itens apresentam uma complexidade crescente, devendo ser assinalada a situação que melhor reflete as competências do indivíduo, e os restantes apresentam uma classificação dicotómica (sim/não), devendo o avaliador indicar se o sujeito é ou não capaz de realizar determinada tarefa (Santos e Morato, 2012a; Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). De acordo com os autores, os itens da segunda parte do instrumento são classificados tendo em conta a frequência com que se verificam: nunca (0 pontos) se não foi observado no sujeito uma única vez; ocasionalmente (1 ponto) se visíveis pelo menos três vezes por semana, e frequentemente (2 pontos) se ocorrem mais de três vezes por semana. Lembra-se que na parte II da ECAP o resultado ótimo é de zero pontos, equivalendo à inexistência de desajustamentos.

A cotação final é resultado da soma das cotações atribuídas a cada item e no final é atribuída uma classificação funcional a cada domínio (Muito Bom, Bom, Acima da Média, Média, Abaixo da Média, Fraco, Muito Fraco) (Santos e Morato, 2012a; Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). Além da cotação por domínios, a ECAP permite ainda a classificação de acordo com cinco fatores que resultam da junção de vários itens e domínios: *Autossuficiência Pessoal*, *Autossuficiência na Comunidade*, *Responsabilidade Pessoal e Social*, *Ajustamento Social* e *Ajustamento Pessoal*. A estes fatores é também atribuída uma classificação funcional que, à semelhança do que ocorre com os domínios, varia entre o Muito Bom e o Muito Fraco (Santos e Morato, 2012a; Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

A avaliação das propriedades psicométricas da ECAP indica uma boa validade de conteúdo, tendo todos os itens sido considerados todos como relevantes. A consistência interna dos domínios variou de boa a excelente, com os valores de alfa de Cronbach's a variar entre .80 e .97 e a estabilidade temporal da ECAP também foi considerada moderada a boa, com valores de Pearson a variar entre .40 e .81, destacando-se os valores da parte I (Santos et al., 2014). A análise fatorial exploratória aponta para a multidimensionalidade do constructo com três fatores a explicar cerca de 56% da variância total e a ECAP consegue discriminar pessoas com e sem DID ($p < 0.1$) (Santos, 2014; Santos et al., 2014).

Checklist de Competências Psicomotoras

Devido à inexistência de um instrumento que avaliasse as competências psicomotoras de adultos a estagiária sentiu a necessidade de elaborar uma escala, à qual atribuiu o nome de *Checklist de Competências Psicomotoras*, para avaliar os fatores psicomotores, e é constituída por tarefas presentes noutros instrumentos de avaliação como a Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010), o Teste de Proeficiência Motora Bruininks - Oseretsky (Bruininks e Bruininks, 2005), o Exame Gerontopsicomotor (Michel, Soppelsa e Albaret, 2011), o Body Skills (Werder e Bruininks, 1988) e o Movement Assessment Battery for Children (Henderson e Sugden, 1992). Todas as competências devem ser cotadas de acordo com o desempenho dos sujeitos, atribuindo-se a cada tarefa a classificação de competência inexistente (valor 1), competência emergente (valor 2) ou competência adquirida (valor 3).

A *Checklist de Competências Psicomotoras*, organiza-se em função dos fatores psicomotores e integra diversos itens que permitem avaliar a **tonicidade** e o estado tónico-muscular e, conseqüentemente, a capacidade para executar harmoniosamente as atividades motoras (Fonseca, 2010). Os primeiros itens pretendem avaliar a extensibilidade e resistência articular, dos membros superiores (músculos deltoides anteriores e os peitorais, os flexores do antebraço e os extensores do punho) e inferiores (músculos adutores, extensores da coxa e quadricípite femoral). Esta avaliação permite analisar a consistência e o grau de resistência dos músculos movimentados, bem como a amplitude dos movimentos. A execução destes movimentos permitirá a classificação do indivíduo como hipoextenso ou hiperextenso (Fonseca, 2010).

A passividade, ou capacidade de descontração de forma passiva dos membros superiores e inferiores, é avaliada através de mobilizações produzidas pelo avaliador, procurando-se observar a descontração muscular harmoniosa e com movimentos pendulares, ou se, pelo contrário, são evidentes bloqueios e resistências bem como uma libertação dos membros através de movimentos voluntários (Fonseca, 2010). Finalmente, a paratonia, ou incapacidade para descontrair os segmentos musculares de forma voluntária permite verificar a existência de movimentos harmoniosos, precisos e conscientes ou, por outro lado, a presença de tensões que retiram harmonia e precisão aos movimentos, dificultando o relaxamento dos músculos (Fonseca, 2010).

A componente da **equilibração** é avaliada através de um conjunto de tarefas de imobilidade (olhos abertos e fechados), equilíbrio estático (apoio a pes juntos, apoio unipodal e em ponta dos pés) e dinâmico (marcha controlada e saltos) e apreciar o controlo postural, aquisição essencial para a aprendizagem e para as atividades

motoras e simbólicas (Fonseca, 2010). As tarefas de imobilidade e equilíbrio estático permitem avaliar a capacidade que o indivíduo tem para controlar, de forma voluntária, os seus movimentos corporais e as tarefas de equilíbrio dinâmico implicam a capacidade do indivíduo manter a sua orientação corporal enquanto se desloca ao longo do espaço (Fonseca, 2010). Na avaliação da equilibração o observador deverá prestar particular atenção à existência de ajustamentos na postura, oscilações, movimentos das mãos, quedas e alterações na direção do movimento ou se pelo contrário o avaliado demonstra um bom controlo postural (Fonseca, 2010).

A **lateralização** diz respeito à especialização dos hemisférios cerebrais, resultante de uma correta integração bilateral do corpo humano, dependentes da integração tónica e postural com impacto na noção corporal e estruturação espaciotemporal. Quando a integração bilateral é pobre verifica-se a existência de dificuldades no controlo visual e postural, na manutenção do equilíbrio e na orientação e deslocação no espaço (Fonseca, 2010). Na *checklist*, a avaliação da lateralização é feita através de tarefas que permitem observar a preferência lateral do indivíduo – concretizando as tarefas com um lado dominante e sem hesitações, tal como se verifica na BPM, ao nível ocular, auditivo, manual e podal (Fonseca, 2010).

Uma boa integração da noção corporal implica uma correta perceção acerca do corpo em termos posturais, posicionais e espaciais, condicionada por informações vestibulares e posturais e influencia as praxias e orientação no espaço (Fonseca, 2010). As tarefas para a avaliação da **noção corporal** passaram pela nomeação dos segmentos corporais, reconhecimento direita e esquerda, imitação de gestos e o desenho da figura humana (Fonseca, 2010). Estas tarefas permitem perceber qual o conhecimento que a pessoa tem relativamente ao seu corpo e ao do outro de forma somato-sensorial, simbólica e gráfica, complementando os itens de avaliação da lateralização e possibilitando a análise da capacidade para receber, analisar e reproduzir gestos, com informações acerca das competências de orientação espacial e coordenação óculo-manual (Fonseca, 2010).

As competências de **estruturação espacial e temporal** da *checklist* pretendem avaliar a capacidade de receção, análise e integração de informações espaciais e temporais do indivíduo e a sua capacidade de agir sobre o envolvimento e de adquirir novas aprendizagens (Fonseca, 2010). As tarefas envolvem a estruturação dinâmica (memorização de uma sequência de fósforos), organização espacial ou representação topográfica (i.e.: aptidão para analisar distâncias e adaptar os seus planos motores), reconhecimento da posição relativa do avaliado face a determinado objeto e domínio

espacial, onde o indivíduo deverá dividir uma linha de 10cm e uma de 15cm em duas e três partes iguais, respetivamente (Michel et al., 2011).

A **praxia global** diz respeito à capacidade para executar movimentos que envolvem a utilização de vários grupos musculares durante um determinado período de tempo (Fonseca, 2010), abrangendo a dissociação, agilidade, coordenação oculo-manual (lançamentos e drible) e oculo-podal (Fonseca, 2010a). Dentro desta componente o avaliador deve prestar particular atenção à postura do avaliado, velocidade e força, base de sustentação e ao tipo de lançamento realizado (Fonseca, 2010). A **praxia fina** envolve a avaliação da micromotricidade (movimentos coordenados com as mãos e os dedos), perceção visual e capacidade de perceber relações espaciais, coordenação dinâmica bimanual, tamborilar e coordenação digital (desenho) (Fonseca, 2010).

No final cada item é cotado com o valor correspondente e a soma de todos os itens de cada fator indica o valor obtido pelo cliente em cada aspeto da avaliação.

Neste sentido, e para uma maior explicitação do trabalho realizado com cada caso, serão apresentados os procedimentos concretizados, dado terem sido iguais para ambos os casos, para em seguida se proceder à apresentação dos clientes e do programa psicomotor implementado.

Procedimentos

Para intervir com os dois estudos de caso houve a necessidade de seguir certos procedimentos. Numa fase inicial foi elaborado um consentimento informado para os responsáveis legais informando-os em que consistia o trabalho a ser desenvolvido, quais os seus objetivos, etapas e procedimentos previstos. Quando foram assinadas as autorizações, a estagiária optou por realizar uma primeira semana de intervenção com os clientes, anterior ao processo de avaliação, uma vez que foi sentido um certo desconforto por parte de um dos clientes perante esta situação nova. Este período permitiu a adaptação à estagiária e à intervenção realizada com ela. Na semana seguinte foram iniciadas as avaliações: a *Checklist* de Competências Psicomotoras foi aplicada pela estagiária ao longo de duas semanas nos períodos destinados à intervenção individual e a ECAP foi preenchida em conjunto com a monitora responsável pela sala onde os dois indivíduos se encontram.

Ao analisar os resultados da ECAP dos dois clientes a estagiária apercebeu-se de comportamentos que não ocorriam durante o seu tempo de intervenção mas que se verificavam quando estes se encontravam na sala ou nos seus períodos livres. Deste modo foi combinado com as monitoras da sala que a estagiária passasse um dia inteiro

com cada um dos clientes de modo a poder observar os seus comportamentos em vários contextos, possibilitando um maior conhecimento acerca dos mesmos. Posteriormente procedeu-se à análise dos resultados da avaliação, foram identificadas as áreas mais e menos fortes de cada um e elaborado e implementado um plano de intervenção. Finalizado o período de intervenção os clientes foram novamente avaliados e foi feita uma análise comparativa com as avaliações iniciais, de modo a verificar se os objetivos definidos tinham ou não sido alcançados. Ambos os estudos de caso passaram por estas fases, sendo estas descritas com maior pormenor em seguida.

Os Casos:

Os indivíduos em seguida apresentados foram os escolhidos para serem os estudos de caso da estagiária, dadas as suas características específicas e que a estagiária teve a oportunidade de conhecer ao longo do período anterior à intervenção.

P.

O P. é um indivíduo do género masculino que nasceu a 21 de maio de 1983, tendo atualmente 34 anos de idade. A gravidez foi de termo e não apresentou complicações, apesar da necessidade de ser vigiada de perto pela equipa médica por ser considerada de risco tendo em conta a idade da mãe (36 anos). O parto foi cesariana e a criança nasceu em anóxia, com um peso de 3,350kg e um Índice de APGAR de 4 aos 5 minutos. Os dados anamnésicos indicam que houve uma tentativa de atrasar o parto por parte da equipa médica de modo a possibilitar o acompanhamento do médico responsável, no entanto esta situação causou sofrimento fetal e gerou o estado de anóxia. Logo após o nascimento, o P. foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde permaneceu quinze dias. Os exames realizados neste período revelaram a existência de uma microcefalia e no diagnóstico atual indica a existência em comorbilidade de DID. Este indivíduo apresenta também astigmatismo e é surdo desde nascença, utilizando próteses auditivas nos dois ouvidos desde os 4/5 anos de idade.

O P. frequenta o CAO da AFID desde que este foi criado. As informações presentes no seu processo indicam que a nível social o P. é um indivíduo risonho e simpático mas que se encontra cada vez mais possessivo e dependente da mãe. O seu comportamento é considerado imaturo tendo em conta a sua idade. No domínio cognitivo tem conhecimentos básicos e limitados relativamente às noções de espaço, tempo, quantidade e grandeza. Apesar disso identifica as cores e os segmentos corporais. É capaz de identificar e descrever imagens, apresentando limitações na organização de sequências, relações causa-efeito ou na organização do todo tendo em conta as partes. Relativamente à linguagem não apresenta dificuldades em perceber o

que os outros lhe comunicam, no entanto tem limitações na expressão verbal, apresentando um discurso impercetível. Por fim, no domínio psicomotor verifica-se a existência de movimentos pouco ágeis e harmoniosos, sendo os seus movimentos lentificados e o seu tempo de reação elevado. A sua postura não é a adequada, tendo o tronco inclinado para a frente e uma base de sustentação larga, sendo também visíveis dificuldades na motricidade fina, nomeadamente na capacidade de controlo visuomotor, com dificuldades a nível do traçado, do recorte bem como em atividades de desenhos ou encaixes.

Atualmente, além de frequentar o CAO, o P. é também cliente do Lar Residencial durante o fim-de-semana e um dia da semana. Nos restantes dias vive apenas com a mãe, visto que o pai já faleceu. No que diz respeito à sua situação na AFID, o cliente encontra-se na sala de inclusão, no entanto, a sua atribuição a esta sala não está relacionada com as suas competências mas sim com os laços afetivos criados com os elementos da mesma. Relativamente aos apoios fornecidos, este frequenta sessões de AMA (2 vezes/semana), Hidroterapia (1 vez/semana), *Snoezelen* (1 vez/semana), Musicoterapia (1 vez/semana) e Tratamento do Jardim da AFID (1 vez/semana). Além disso realiza uma atividade semanal de limpeza de vidros e frequenta os *ateliers* de papel e cerâmica duas vezes por semana. O acompanhamento realizado pela estagiária ocorreu em contexto de AMA e *Snoezelen*.

Perfil Intraindividual e Plano de Intervenção

A avaliação inicial do P. apontou para os resultados que serão descritos em seguida, através dos quais se identificaram as áreas fortes do cliente bem como aquelas onde apresenta mais dificuldades (tabela 9) e estabeleceram os objetivos a desenvolver, bem como todo o programa. No que diz respeito ao perfil adaptativo da ECAP, identificaram-se os domínios do *Desenvolvimento Físico*, *Atividade Doméstica*, *Personalidade e Responsabilidade* como as áreas mais fortes do indivíduo e os domínios da *Atividade Económica*, *Comportamento Estereotipado e Hiperativo*, *Comportamento Auto Abusivo* e *Ajustamento Social* como as áreas a desenvolver.

No âmbito da *Autonomia*, o P. é autónomo demonstrando apenas valores inferiores ao nível do sentido de orientação e deslocação autónoma e no *Desenvolvimento Físico* a capacidade auditiva e o equilíbrio apresentavam-se como as áreas mais fragilizadas. Em termos de *Linguagem*, o P. fala de forma simples, é capaz de ler e escrever o seu nome e apresenta um discurso que não é facilmente perceptível, e apesar de ter bem presente o conceito de *Tempo*, não consegue ver as horas. Do ponto de vista da *Atividade Doméstica* volta a constatar-se a autonomia do indivíduo na

maioria das tarefas simples, cuja consecução é corroborada no domínio *Pré-Profissional*, apesar de não preparar refeições, não ser produtivo, organizado e pontual. Em termos de *Personalidade e Responsabilidade* há que destacar a capacidade de iniciativa e de atenção, sendo capaz de guardar os seus objetos bem como cumprir as tarefas propostas. Na *Socialização*, a consciência da existência dos outros e a capacidade de cooperação são apontados como pontos fortes, mas a interação e participação em atividades com os pares são pontos menos fortes.

Na segunda parte da ECAP, no *Comportamento Social* o P. mostra, ocasionalmente, tendência para atribuir os seus erros aos outros ou para se aborrecer e se afastar quando o contrariam, observando-se, ocasionalmente, alguma resistência e oposição na realização das tarefas que lhe são destinadas, tal como foi avaliado no domínio da *Conformidade*. No domínio *Merecedor de Confiança* a frequência do rasgar jornais/revistas pode ser explicada pelo facto do P. ter esta tarefa no *atelier* da reciclagem do papel, não entendendo quando deve concretizar a atividade. Do ponto de vista do *Comportamento Estereotipado e Hiperativo* o P. realiza alguns movimentos repetitivos com partes do corpo, aperta e abraça os outros várias vezes, apresenta uma fala e um riso demasiado altos, repetindo palavras e vocalizando vários sons. Ocasionalmente baba-se, come de forma compulsiva, range os dentes, entre outros. No domínio do *Comportamento Sexual*, é apenas referido que este se agarra de forma intensa aos outros de forma ocasional. No domínio *Comportamento Auto-Abusivo* observa-se uma tendência para cheirar a roupa e objetos, guardá-los e manusear a saliva.

Tabela 9 - Perfil IntraIndividual psicomotor e adaptativo do P.

Áreas Fortes	Áreas a Desenvolver
Autonomia na Casa de Banho	Deslocação
Autonomia a Comer	Atividade Económica
Higiene	Comportamento Estereotipado e Hiperativo
Desenvolvimento Físico	Comportamento Auto-Abusivo
Atividade Doméstica	Ajustamento Social
Responsabilidade	Interação com os Pares
Personalidade	Equilíbrio Estático e Dinâmico
Comportamento Social	Reconhecimento Direita/Esquerda
Comportamento Sexual	Imitação de Gestos
Extensibilidade dos Membros Inferiores	Desenho do Corpo
Passividade dos Membros Superiores	Estruturação Dinâmica
Passividade dos Membros Inferiores	Divisão de Linhas
Paratonia dos Membros Superiores	Dissociação
Paratonia dos Membros Inferiores	Agilidade
Noções Espaciais (cima/baixo, longe/perto)	Receber uma Bola
Conhecimento das Partes do Corpo	Praxia Fina
Coordenação Óculo Manual	Tempo de Reação

Em termos de Ajustamento Social, o cliente é caracterizado pela sua apatia e timidez e os *Comportamentos Interpessoais Perturbados* identificados como frequentes estão relacionados com a sua desconfiança e reações quando alguém reprova o seu comportamento.

A avaliação do perfil psicomotor foi realizada nas sessões individuais e durante a segunda semana de intervenção, sendo de lembrar que devido à sua desconfiança e dificuldades na alteração de rotinas, houve necessidade de tempo para a criação de novas rotinas, minimizando sentimentos de ansiedade e insegurança que pudessem influenciar, de forma negativa, os resultados da avaliação inicial.

No fator *Tonicidade* e ao nível da extensibilidade dos membros inferiores foram analisados os músculos: adutores - observando-se que o afastamento não era máximo e que existia alguma resistência; extensores da coxa – onde se verificou que o cliente foi capaz de fletir as coxas com o auxílio da estagiária, apresentando pouca resistência muscular e permanecendo os pés a cerca de 20 cm do chão; e quadrícipite femoral – onde se observou um elevado grau de afastamento, apesar de não ser total e de existirem tremores. A avaliação da extensibilidade dos membros superiores compreendeu a observação dos: deltóides e peitorais – em que o indivíduo não aproximou os cotovelos e apresentava uma elevada resistência; flexores do antebraço – onde o movimento era feito com a ajuda da estagiária, verificando-se elevada resistência; e extensores do punho – observando-se dificuldades significativas. Na passividade dos membros inferiores observou-se uma boa amplitude na movimentação das pernas e uma boa oscilação dos pés, sem rigidez muscular, apesar do abandono das pernas ter sido voluntário e não passivo. O mesmo ocorreu na análise dos membros superiores. A paratonia dos membros superiores e inferiores indicou uma boa amplitude de movimentos, não sendo detetáveis resistências, constatando-se que o P. auxiliava na realização dos movimentos e que abandonava os segmentos de forma voluntária.

Na avaliação do *Equilíbrio Estático* o cliente era capaz de se manter na posição vertical de olhos abertos sem alterações na postura ou oscilações, apesar de não conseguir manter os olhos fechados quando esta tarefa lhe foi proposta. Ao nível do apoio retilíneo o P. só conseguia manter uma posição de equilíbrio se os seus pés estivessem ligeiramente afastados, sendo necessária a ajuda da estagiária para a aquisição da posição. O apoio na ponta dos pés apresentou dificuldades significativas, tendo este apenas conseguindo permanecer em apoio no terço anterior dos pés durante poucos segundos. No apoio unipodal, mesmo com o auxílio da estagiária, o cliente apenas permanecia na posição durante um segundo. Ao nível do *Equilíbrio Dinâmico*

começou-se por analisar a marcha, sendo-lhe pedido que se deslocasse até ao sinalizador e voltasse para trás, não tendo sido observáveis oscilações ou desequilíbrios, apesar de algum descontrolo postural, com o tronco em ligeira flexão. Na tarefa de caminhar com o calcanhar do pé da frente em contacto com os dedos do pé da frente o P. não foi capaz de se deslocar ao longo da linha mantendo os pés em contacto e observaram-se alguns desequilíbrios, o que se voltou a verificar na marcha para trás, onde também não foi capaz de seguir o trajeto marcado pela linha. O cliente subiu e caminhou em cima do banco sueco sempre com o apoio da estagiária. Na tarefa dos saltos para a frente o P. apresentava o tronco ligeiramente fletido e não elevava os pés em simultâneo, e quando realizou a mesma tarefa para trás os saltos tinham uma curta amplitude. Na deslocação com apoio unipodal observou-se novamente uma postura de flexão do tronco e a execução de saltos de mínima amplitude acompanhados de desequilíbrios e de perdas de posição.

Na *Lateralização* a preferência manual não revelou a mão dominante (simulou escrever com a mão direita e recortou com a esquerda), no entanto as tarefas de praxia global e fina indicam uma preferência manual esquerda. Já a lateralização ocular apontou o olho esquerdo. Ao nível auditivo observaram-se dificuldades na simulação das duas tarefas, tendo levado o telemóvel junto ao ouvido direito. A preferência podal pareceu apontar para a dominância do pé esquerdo, não tendo o cliente sido capaz de demonstrar os movimentos que fazia para vestir as calças.

Na *Noção Corporal* o cliente é capaz de nomear a maior parte dos segmentos em si quando são apontados e em apontar no corpo do avaliador, apesar de algumas dificuldades na nomeação e identificação dos pormenores anatómicos (e.g.: cotovelos e coxa). Por vezes identifica mal a direita e esquerda, em si bem como na estagiária. Ao nível da imitação de gestos também revelou dificuldades, não reproduzindo nenhum, apesar dos movimentos serem simultâneos e de se verificar uma utilização espacial semelhante à da estagiária. No desenho do corpo, o cliente fez um desenho rudimentar que apresentava uma cabeça desproporcional ao resto do corpo, apesar dos pormenores anatómicos da cabeça, em forma de garatujos, estarem presentes (e.g. olhos, nariz, boca, orelhas). Os braços e pernas surgiam da cabeça, com dimensões inferiores à cabeça e as mãos e pés eram representadas por um círculo, não havendo representação do tronco. O P. manteve a cabeça muito próxima da folha, apresentando, no entanto, uma pega madura.

A *Estruturação Dinâmica* foi realizada com dificuldades. Na tarefa de estruturação dinâmica o P. reproduziu as sequências apenas com as imagens à sua frente, mas no item seguinte identificou corretamente a posição dos objetos, exceção

quando foi pedido que identificasse o objeto mais à direita e longe da estagiária. Na tarefa de divisão de linhas, o cliente não conseguiu realizar as divisões pretendidas, mas copiou as linhas.

No fator da *Praxia Global* e na tarefa de dissociação, o P. teve dificuldades na memorização dos batimentos, tendo sido necessárias várias repetições para o sucesso, conseguindo apenas realizar a componente da tarefa destinada às mãos. O cliente não foi capaz de realizar movimentos sequenciados com os segmentos corporais envolvidos na tarefa de agilidade, abrindo e fechando os membros superiores e inferiores em simultâneo, e nos itens de Coordenação Óculo Manual não revelou dificuldades, demonstrando maior facilidade em lançar e driblar a bola do que em agarrá-la quando esta era lançada pela estagiária, sendo comum deixá-la cair. Na Coordenação Óculo Podal evidenciou limitações tanto no pontapear (dando apenas um toque com a ponta do pé) como na recepção da bola. Quando explicado que deveria parar a bola antes de a passar à estagiária o P. fazia-o com a mão (e não com o pé).

A *Praxia Fina* foi uma das áreas onde o P. demonstrou mais limitações: na coordenação visuográfica foram observadas dificuldades em manter o traçado dentro dos limites, bem como a presença de uma postura fletida com a aproximação da cabeça ao papel. Esta situação repete-se no item de coordenação digital, deixando cair os clips das mãos com frequência e apresentando movimentos lentificados, pelo que a tarefa demorou a ser concretizada. O P. não foi capaz de realizar corretamente a tarefa de tamborilar, realizando-a apenas com uma mão, enquanto a outra empurrava os dedos. Na realização simultânea apenas tocava com o polegar e indicador, não progredindo para os dedos seguintes. Foram ainda identificadas dificuldades na manutenção da atenção e velocidade de reação, dado não ter sido capaz de agarrar o cubo em nenhuma das situações em que o devia fazer.

Deste modo, tendo em conta os resultados obtidos na avaliação inicial e os objetivos traçados no Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) elaborado na instituição foram definidos os objetivos gerais e específicos que devem ser trabalhados na intervenção psicomotora (tabela 10).

Tabela 10 - Objetivos Gerais e Específicos para Intervenção Psicomotora do P.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver o Equilíbrio Estático	Promover a permanência em pé de olhos fechados
	Diminuir as oscilações em situações de equilíbrio estático
Estimular o Equilíbrio Dinâmico	Desenvolver a capacidade de saltar a pés juntos
	Diminuir as oscilações em situações de equilíbrio dinâmico
Maximizar a Lateralização	Maximizar a utilização do lado dominante
Promover a Noção do Corpo	Melhorar a representação do corpo humano
	Promover a distinção da esquerda e direita em si e no outro
	Potenciar a imitação de movimentos no espaço
Potenciar a Estruturação Espacial e Temporal	Desenvolver a memorização e reprodução de sequências espaciais
Desenvolver a Praxia Global	Potenciar a execução de movimentos coordenados dos membros superiores e inferiores
	Maximizar a capacidade de recepção de uma bola
	Aprimorar a coordenação óculo manual
Estimular a Praxia Fina	Desenvolver a capacidade de dissociação interdigital
	Promover a manipulação de pequenos objetos
Maximizar o Tempo de Reação	Diminuir o tempo entre finalização da instrução e execução
Promover a Socialização	Potenciar a interação espontânea com o grupo de pares

Neste sentido, a estagiária estabeleceu o programa psicomotor para o P.

O programa psicomotor do P.

A intervenção psicomotora realizada com o P. teve início no mês de janeiro de 2018 e terminou em maio do mesmo ano, perfazendo um total de cerca de catorze semanas de intervenção que incluíram sessões individuais e em grupo. Ao longo deste período, e devido à necessidade que o cliente tem em manter as suas rotinas, todas as suas atividades foram mantidas, ocorrendo as sessões individuais de AMA com a estagiária nos momentos do dia que este tinha mais livres. Também as sessões de AMA e Estimulação Multissensorial realizadas em grupo mantiveram o mesmo horário, passando, no entanto, a ser planeadas e dinamizadas pela estagiária.

Assim, e de modo a possibilitar uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido, a intervenção realizada com o cliente nos vários contextos será detalhada em seguida:

- A Intervenção em Grupo em Sessões de AMA já foi referida anteriormente aquando da descrição das atividades desenvolvidas em grupo.
- A Intervenção Individual em Sessões de AMA decorria todas as segundas e quartas-feiras no período da manhã, perfazendo uma duração de 45 minutos. O cliente foi sempre assíduo, no entanto, devido à hora tardia a que chegava à instituição, as sessões nem sempre tinham a duração prevista. O local de intervenção variava conforme as condições climáticas, podendo ocorrer no ginásio, numa sala ou nos jardins da AFID. As sessões dinamizadas no ginásio e no jardim apresentavam uma organização semelhante àquela já apresentada na descrição da intervenção em AMA

realizada em contexto de grupo. A estagiária começava por ir buscar o cliente ao espaço onde este se encontrava e conduzia-o até ao local da sessão, aproveitando este tempo para conversar com o cliente relativamente a aspetos fora do âmbito da intervenção e promover uma relação empática, de modo a diminuir os sentimentos de ansiedade e desconfiança causados por uma situação nova. A intervenção propriamente dita iniciava-se com momentos de ativação geral destinados a promover a preparação muscular e a aumentar os níveis de atenção e concentração. A parte fundamental da sessão era composta por circuitos destinados ao trabalho das competências psicomotoras. Neste âmbito o trabalho de equilíbrio estático e dinâmico foi definido como uma área prioritária a trabalhar devido às quedas frequentes que este apresentava. No final era promovido um momento de regresso à calma. Quando as sessões decorriam em sala optava-se por realizar atividades de praxia fina, que além de serem da sua preferência eram uma dificuldade do cliente considerada prioritária a trabalhar de modo a manter a sua independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) que envolvem estas competências. Um exemplo de um plano de sessão e respetivo relatório encontra-se em anexo (Anexo F).

- A Intervenção em Grupo de Estimulação Multissensorial decorria todas as sextas-feiras no período da manhã ao longo de 30 minutos. Devido ao elevado número de clientes que utilizam a Sala de Snoezelen para intervenções terapêuticas não existe a possibilidade de se realizarem sessões individuais, pelo que ambos os estudos de caso tinham as suas sessões com a estagiária em conjunto. Neste ambiente, e seguindo as indicações de Viegas (2003) que afirma que as intervenções em Sala de Snoezelen devem ser promovidas tendo em conta as vontades, preferências e ritmo dos clientes, a estagiária optou por realizar sessões não-diretivas, usando as suas escolhas para trabalhar os objetivos de intervenção definidos. Nos primeiros períodos de intervenção o cliente escolhia sempre manter-se junto à bola de pilates, pelo que toda a intervenção era realizada com o auxílio desse material. Ao longo das sessões seguintes, e depois de se aperceber do seu gosto por objetos com várias cores, a estagiária foi introduzindo novos materiais de intervenção que, devido aos estímulos visuais que forneciam, foram bem aceites pelo cliente, tendo este participado nas atividades propostas. Neste âmbito é também importante referir que, apesar das sessões não serem diretivas apresentavam uma estrutura própria. Assim, os momentos iniciais eram dedicados à exploração dos materiais do espaço. De seguida eram proporcionados momentos de relaxação. No final os clientes colocavam um creme aromático nas mãos e exploravam o seu olfato e tato. Esta atividade era repetida em todas as sessões e servia como forma de informar e preparar os clientes para o fim da sessão.

Apresentação e Discussão dos dados

Com o intuito de analisar os efeitos da intervenção psicomotora, serão em seguida, apresentados os resultados quantitativos obtidos pelo P. com a aplicação dos dois instrumentos de avaliação (tabela 11 e figura 2) nos dois momentos.

Ao fim de cinco meses de intervenção psicomotora torna-se necessário aplicar novamente os instrumentos de avaliação utilizados, de modo a concluir quais os objetivos alcançados e verificar se a intervenção realizada com a estagiária teve (ou não) efeitos positivos para o cliente. Apesar da necessidade de avaliar novamente o cliente de modo a validar a importância do trabalho terapêutico realizado, foi tomada a decisão de não aplicar novamente a ECAP. Esta escolha foi feita em conjunto com a monitora responsável pela sala dos clientes, uma vez que na AFID o instrumento só é aplicado a cada três anos e por se considerar que o tempo de intervenção que a estagiária teve com o P. foi reduzido e não foi suficiente para promover mudanças quantitativas nas áreas avaliadas. Apesar disso foram identificadas alterações em termos qualitativos: tem um maior reconhecimento das atividades que tem que realizar no seu dia-a-dia e tornou-se mais responsável no cumprimento das suas tarefas.

Tabela 11 - Avaliação do P. na ECAP.

Domínios Parte I ECAP	Av. Inicial	Pontuação Máxima	Av. Final
Autonomia	83	130	83
Desenvolvimento Físico	33	38	33
Atividade Económica	0	30	30
Desenvolvimento Linguagem	23	50	23
Números/Tempo	8	20	8
Atividade Doméstica	16	25	16
Atividade Pré-Profissional	5	11	5
Personalidade	16	23	16
Responsabilidade	9	11	9
Socialização	16	27	16
Domínios Parte II ECAP	Av. Inicial	Pontuação de Maior Desajustamento	
Comportamento Social	5	92	5
Conformidade	8	66	8
Merecedor de Confiança	4	60	4
C. Estereotipado e Hiperativo	24	98	24
Comportamento Sexual	1	46	1
Comportamento Auto-Abusivo	15	52	15
Ajustamento Social	14	46	14
Comportamentos Interpessoal Perturbado	6	72	6

Já a avaliação das competências psicomotoras decorreu em dois momentos distintos, nomeadamente nos períodos precedentes e procedentes à intervenção com a estagiária. Através da análise da figura seguinte (figura 2) é possível observar a evolução do cliente nos vários domínios avaliados pela *Checklist de Competências Psicomotoras*, verificando-se que em todos eles as suas capacidades aumentaram.

Antes de fazer referência mais específica à evolução em cada área avaliada importa lembrar que a avaliação psicomotora inicial apontou como principais áreas a desenvolver as competências de Equilibração, Noção do Corpo, Estruturação Espacial e Temporal e Praxia Fina. Ao longo da intervenção a estagiária procurou trabalhar todos os objetivos definidos no seu plano terapêutico com particular incidência nas competências de Equilíbrio Estático e Dinâmico que foram identificadas como áreas de maior prioridade para o cliente.

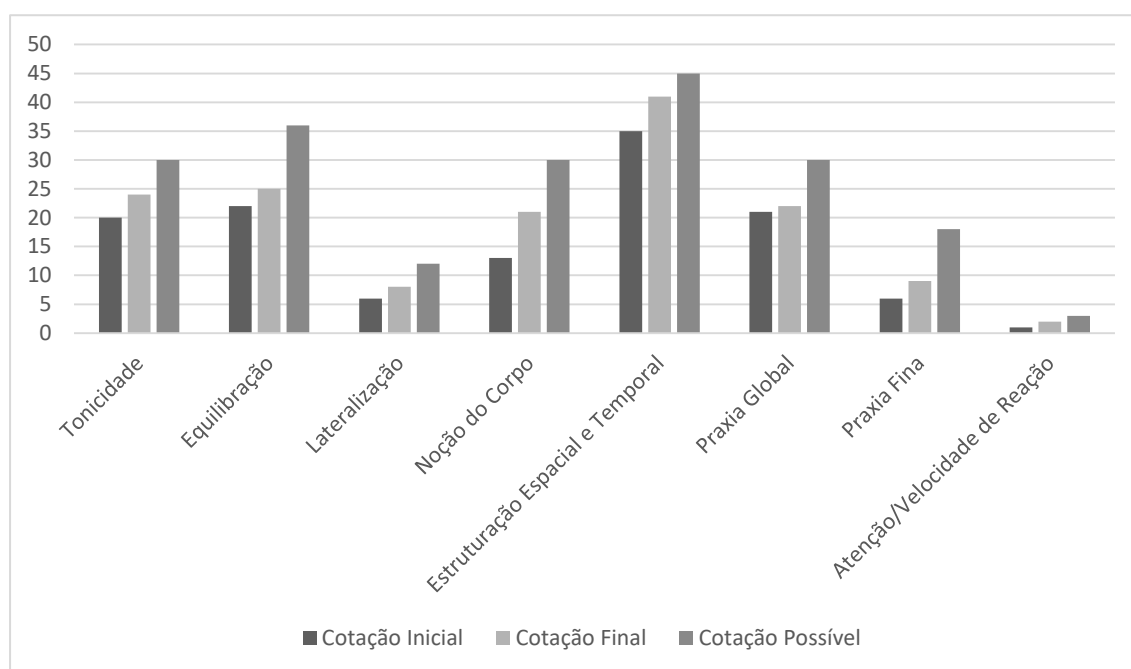


Figura 2 - Avaliação do P. na Checklist de Competências Psicomotoras.

Tal como já foi previamente referido, a intervenção psicomotora que o P. realizou com a estagiária incluiu sessões de AMA e de Estimulação Multissensorial em Sala de Snoezelen. Apesar de alguns atrasos na chegada à instituição, o cliente participou na maioria das sessões realizadas, apresentando-se sempre com boa disposição e interessado e participativo nas atividades propostas, tanto em sessões individuais como em grupo.

No que respeita à Tonicidade, a avaliação final revela que o P. continua a apresentar uma elevada resistência ao nível da extensibilidade dos músculos adutores e dos extensores do punho, encontrando-se esta mais diminuída nos restantes itens.

Em termos de passividade o cliente apresenta uma boa amplitude de movimentos bem como movimentos oscilatórios, tal como ocorria aquando da avaliação inicial. Os membros superiores continuam a apresentar um abandono voluntário, no entanto, já se verifica uma maior capacidade para descontrair passivamente os membros inferiores. Por fim, na paratonia verificou-se uma evolução positiva no abandono passivo dos membros superiores. Nos membros inferiores, apesar de não se registarem resistências e bloqueios significativos, observou-se que o cliente auxiliava no abandono dos segmentos.

Na Equilibração, nomeadamente ao nível do equilíbrio estático, a avaliação final coincidiu com a inicial, mantendo-se o cliente capaz de permanecer imóvel com os olhos abertos. Já na variante desta tarefa verificou-se uma evolução, tendo o P. conseguido permanecer numa posição de imobilidade de olhos fechados com evidente segurança gravitacional, competência não desenvolvida na primeira avaliação. À semelhança do que ocorreu previamente à intervenção, também na avaliação final o P. demonstrou dificuldades na manutenção da posição de apoio retilíneo, necessitando de manter os pés ligeiramente afastados de modo a não se verificarem movimentos oscilatórios e a ser capaz de manter uma posição de equilíbrio. O mesmo se verificou no item de apoio na ponta dos pés, onde se verificou que o cliente mantinha a posição pretendida por poucos segundos. No que respeita ao equilíbrio dinâmico, e em particular na análise da marcha, verificou-se uma manutenção das competências, uma vez que o P. não apresenta desequilíbrios ou perdas de posição, no entanto caminha com o tronco e a cabeça fletidos. Na análise da marcha com a ponta dos pés em contacto com o calcanhar observa-se uma melhoria das suas competências, uma vez que, apesar de não ser capaz de manter os pés em contacto, já não apresenta desequilíbrios durante a execução da tarefa. Também na marcha em cima do banco o P. mantém o mesmo nível de desempenho, sendo visível a sua insegurança e a necessidade de apoio para a realização da tarefa. Nos itens de saltos observa-se a manutenção da postura fletida e a dificuldade em elevar os pés do solo em simultâneo. Apesar disso, nos saltos para trás verifica-se uma evolução no que respeita à amplitude dos saltos. Por fim, nos saltos em apoio unipodal, a avaliação final indica que o P. continua a executar saltos de curta amplitude acompanhados de oscilações, mas onde já não são visíveis perdas de posição.

Ao nível da Lateralização a avaliação final revela uma preferência manual e ocular esquerda, o que não se verifica para a lateralização podal, onde todos os itens são realizados com o pé direito. Na avaliação da preferência auditiva o cliente colocou

o telemóvel do lado direito, indicando à estagiária que o objeto tinha que ser colocado daquele lado.

Na Noção do Corpo a avaliação final indica que o P. continua a apresentar dificuldades na nomeação de detalhes anatómicos (e.g.: bochecha), identificando corretamente a sua direita e esquerda, mas apresentando ocasionais trocas quando questionado acerca do lado direito e esquerdo da estagiária. Isto também se verificou no item de reconhecimento da direita/esquerda, onde este foi capaz de identificar corretamente todos os lados do corpo, com exceção do olho direito da estagiária. O mesmo foi verificado pela monitora responsável pelo grupo que o cliente integra que indica que este é mais rápido e apresenta uma maior segurança na identificação da sua lateralidade e da lateralidade dos outros. Ainda neste domínio se verifica uma manutenção da capacidade de imitação de gestos, apesar de já ser capaz de reproduzir corretamente o primeiro movimento demonstrado. Já no desenho do corpo verificou-se que o boneco desenhado pelo cliente era semelhante ao da avaliação inicial. Mais uma vez a cabeça apresentava maiores dimensões que o restante corpo e os seus pormenores (e.g. olhos) correspondiam a pequenos traços, o tronco era inexistente e os membros surgiam da cabeça e consistiam também em riscos que terminavam com círculos que simbolizavam as mãos e os pés.

Já a avaliação final da Estruturação Espacial e Temporal revela uma evolução no conhecimento das noções espaciais, tendo o P. sido capaz de identificar corretamente todos os objetos que se encontravam à esquerda, direita, mais acima, mais abaixo, mais perto e mais longe de si e da estagiária. Neste âmbito só se verificou a dificuldade em perceber a posição de um objeto relativamente ao outro. Por outro lado, a cotação do item de divisão de linhas permaneceu igual, continuando o cliente a não conseguir realizar o pretendido.

A avaliação da Praxia Global revela uma evolução nas competências de dissociação, tendo-se observado que o P. foi capaz de realizar os movimentos sequenciados que incluíam apenas os membros superiores ou inferiores. Já na realização de movimentos coordenados que envolviam tanto as mãos como os pés foram identificadas dificuldades na reprodução completa das sequências. Esta limitação na execução de movimentos coordenados com vários grupos musculares foi também evidente na prova de agilidade, onde não se verificou uma evolução relativamente à avaliação inicial. Nos restantes itens de coordenação importa referir a manutenção das competências por parte do cliente, bem como uma evolução na capacidade de lançar a bola, deixá-la bater no chão e agarrá-la novamente. Neste âmbito verificou-se ainda uma evolução negativa na capacidade de driblar uma bola de forma alternada, sendo

possível observar que o P. a deixava cair de forma ocasional. Por último, salienta-se que todos os itens de coordenação óculo manual foram realizadas com a mão esquerda e os de coordenação óculo podal com o pé direito, reforçando a preferência evidenciada aquando da avaliação da lateralização.

No que respeita à Praxia Fina, a avaliação final indica que o cliente continua a apresentar limitações neste domínio, principalmente ao nível das competências de coordenação visuográfica e dextralidade bimanual. As principais evoluções ocorreram na capacidade para realizar movimentos dissociados e sequenciados com os dedos, tendo o P. realizado a tarefa de tamborilar de forma individual e conjunta, embora de forma lenta. Apesar disso salienta-se que este foi capaz de seguir a sequência de movimentos pretendida e não necessitou de auxiliar com a mão oposta, o que se tinha verificado na avaliação inicial.

Por último foi também possível observar uma evolução ao nível da Atenção e Velocidade de Reação, com o cliente a agarrar, na maioria das tentativas, o cubo quando ouvia o número pretendido.

Principais Conclusões da Intervenção

Tal como foi possível verificar no capítulo anterior, a intervenção psicomotora realizada com o cliente aparenta ter produzido evoluções positivas ao nível dos comportamentos adaptativos e das competências psicomotoras, com maior destaque nestas últimas por terem sido aspetos diretamente trabalhados nos vários contextos de intervenção com a estagiária. O facto de não se verificarem evoluções significativas no comportamento adaptativo poderá ser também justificado pelo reduzido período de intervenção bem como pelo facto do cliente apresentar um diagnóstico de DID que se caracteriza por uma maior lentidão ao nível da aprendizagem (Santos e Morato, 2012b).

Ao longo da intervenção foi possível perceber que o P. apresentava um comportamento semelhante em todos os contextos, independentemente das sessões serem realizadas individualmente ou em grupo, sendo que este comportamento se caracterizava por uma elevada timidez e uma reduzida interação física e verbal com o grupo de pares. Inicialmente o cliente também apresentava estas características com a estagiária, sendo observável uma reduzida aproximação e comunicação, bem como alguma desconfiança, principalmente ao longo das primeiras sessões. Já com o avançar do tempo esta distância foi diminuindo e foi crescendo o sentimento de segurança e confiança, tornando-se o cliente progressivamente mais comunicativo e mais próximo da estagiária por iniciativa própria.

Já em termos de adaptação aos vários contextos de intervenção o P. foi sempre bastante recetivo. Importa recordar que previamente à intervenção com a estagiária o cliente participava em sessões de estimulação multissensorial em sala de *snoezelen* com o monitor de desporto da instituição e em sessões de grupo de AMA. Com a entrada da estagiária foram criados mais dois momentos de intervenção individual em AMA e mais um momento de intervenção em sala de *snoezelen*, de modo a permitir que a estagiária tivesse a oportunidade de trabalhar em mais do que um contexto na instituição. Apesar do P. demonstrar ser uma pessoa que gosta de manter as suas rotinas, este aderiu facilmente às sessões extra criadas pela estagiária, mantendo-se sempre bastante interessado e participativo, independentemente da proposta de tarefa que lhe fosse feita.

Relativamente à intervenção propriamente dita, a estagiária procurou sempre aplicar estratégias que mantivessem o interesse do cliente pelas tarefas, mas também que possibilitassem uma maior segurança e oportunidade de aprendizagem. Uma das primeiras características percebidas pela estagiária foi o interesse do cliente por objetos de várias cores, pelo que a sua utilização foi mantida ao longo de toda a intervenção. Ainda no que respeita aos materiais houve sempre o cuidado de não exceder na sua utilização simultânea, de modo a evitar a possível distração causada pela presença de muitos estímulos. Tendo em conta as dificuldades cognitivas apresentadas pelo cliente, as tarefas eram sempre segmentadas e demonstradas individualmente ao cliente, facilitando a sua compreensão. Somente após a sua realização é que se optava por complexificar a tarefa ou mantê-la igual, conforme a existência ou não de dificuldades significativas. Ao longo da execução das atividades, a estagiária procurou também estar sempre perto do cliente, de modo a prevenir as eventuais quedas e transmitir uma maior sensação de segurança, reforçando positivamente as suas ações para que este ganhasse maior confiança.

A intervenção realizada pela estagiária permitiu concluir que o trabalho individual se mostrou bastante benéfico para o cliente e permitiu o desenvolvimento das suas competências psicomotoras, no entanto, a intervenção em contexto de grupo parece ser uma mais-valia para este trabalhar as suas habilidades de socialização ao mesmo tempo que trabalha os objetivos psicomotores, possibilitando uma maior confiança em si bem como a sua integração no grupo de pares.

A.

Os dados anamnésicos do A. existentes na instituição ainda não estão completos devido ao facto deste frequentar o CAO da AFID há poucos meses. Numa tentativa de procurar conhecer melhor a história clínica do indivíduo foi enviado um questionário para os responsáveis legais e que foi preenchido por estes. O A. é um sujeito do género masculino que nasceu a 3 de dezembro de 1985, tendo atualmente 33 anos de idade, e tem um diagnóstico de PEA (Síndrome de Asperger) com Défice Cognitivo Moderado. A gravidez da mãe não foi de risco, tendo sido sempre acompanhada por uma equipa médica especializada. O parto foi espontâneo, decorreu no hospital/maternidade e foi acompanhado por profissionais, não tendo havido qualquer complicação. O A. frequentou tanto o ensino pré-escolar como o ensino regular até ao nono ano de escolaridade. Viveu em Macau durante um período de três anos, tendo aprendido a falar Mandarim. Atualmente vive com a mãe, estando o pai a viver em Macau.

A sua entrada na AFID ocorreu em 2017, estando atualmente a frequentar o CAO. Anteriormente frequentava a Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger uma vez por semana com o objetivo de trabalhar competências sociais e de autonomia. Na AFID os principais objetivos apontados pelos pais passam pela necessidade de ocupação e regras, bem como de acompanhamento permanente. A avaliação realizada pela equipa técnica do CAO indica que o A. tem dificuldades em interagir com os outros, apresentando alterações de comportamento e dificuldades na autorregulação, sendo também reportados comportamentos desadequados em casa e identificados comportamentos estereotipados e interesses restritos.

Atualmente o cliente encontra-se a frequentar a sala de inclusão do CAO da AFID, participa em sessões de AMA (1 vez/semana), *Snoezelen* (1 vez/semana), Horta Hidropónica (1 vez/semana), Tratamento de Animais (1 vez/semana) e realiza atividades nos *ateliers* de pintura, papel e cerâmica. A estagiária trabalhou com o cliente em contexto de AMA e de *Snoezelen*.

Perfil Intraindividual e Plano de Intervenção

A aplicação da ECAP ao A. permitiu a identificação das suas áreas mais e menos fortes (tabela 12). Relativamente às áreas mais fortes destacam-se o *Desenvolvimento Físico*, a *Atividade Económica*, o *Desenvolvimento da Linguagem* e os *Números e Tempo*. Os domínios da *Atividade Pré-Profissional*, *Personalidade*, *Ajustamento Social* e *Comportamento Interpessoal Perturbado* são apontadas como as áreas a desenvolver.

De forma mais pormenorizada, no domínio da Autonomia verifica-se que não existem dificuldades significativas em qualquer das áreas, no entanto em todas são

identificados aspetos a melhorar, nomeadamente no que respeita à sua dificuldade em controlar o esfíncter uretral, bem como a uma higiene menos cuidada, sendo frequente apresentar as mãos e as unhas sujas, bem como um cheiro menos agradável. Ainda neste domínio foi possível verificar que existem dificuldades na perceção dos possíveis perigos existentes na comunidade, uma vez que para além de não ter cuidados ao atravessar a estrada, acena e fala frequentemente com estranhos tanto na rua como nos transportes. Relativamente ao *Desenvolvimento Físico* as principais limitações ocorrem ao nível da equilibração e lateralização. A *Atividade Económica* é uma área a destacar, uma vez que este é capaz de utilizar pequenas quantidades dinheiro e fazer compras com ele. Na *Linguagem e Números* e *Tempo* as principais dificuldades recaem no cumprimento das regras inerentes a uma conversa, bem como em conversar acerca dos seus sentimentos e de assuntos de interesse comum. No segundo domínio é de salientar a compreensão do conceito de tempo. Ainda na primeira parte da ECAP encontram-se limitações na execução de *Atividades Domésticas* e na realização de trabalhos, domínio da *Atividade Pré-Profissional*. No que respeita à *Personalidade* verifica-se uma pobre capacidade de atenção, iniciativa e persistência na execução das tarefas, limitação também identificada no domínio da *Responsabilidade*. Por fim, ao nível da *Socialização* ocorre uma tendência para a inatividade e uma fraca interação com os pares.

Relativamente à segunda parte da ECAP, no *Comportamento Social* é evidente a ausência de comportamentos de violência e de manipulação, apesar de ocasionalmente empurrar os outros, provocá-los e interromper as atividades que estão a realizar. Em relação à *Conformidade* verificou-se que as principais dificuldades estão relacionadas com o não cumprimento das regras e concretização das tarefas. Já no domínio *Merecedor de Confiança* salienta-se a tendência de mentir acerca de aspetos relacionados com o próprio ou de situações em que esteve envolvido. Ao nível do *Comportamento Estereotipado e Hiperativo*, o cliente não apresenta muitos comportamentos desadaptados, salientando-se apenas a necessidade de mover repetidamente várias partes do corpo. No *Comportamento Sexual* a cotação obtida foi nula. Já no *Comportamento Auto-Abusivo* existe uma preocupação em manter-se sempre no mesmo local e receio que os outros lhe toquem. Por fim, o *Ajustamento Social* e o *Comportamento Interpessoal Perturbado* foram assinalados como dois dos domínios onde o cliente apresenta mais dificuldades. No que respeita ao primeiro existe uma tendência para não realizar as atividades a não ser que seja constantemente incentivado, sendo ainda observável a sua timidez, que resulta numa pobre interação com os outros. Ainda neste domínio se observa a adoção de posturas pouco comuns.

No último domínio, além da constante necessidade de incentivo, destaca-se a sua dificuldade em perceber as suas limitações e sobrestimar aquilo que é capaz de fazer.

A avaliação do perfil psicomotor foi realizada na segunda semana de janeiro. Ao contrário do que aconteceu com o estudo de caso anterior, a estagiária não sentiu a necessidade de realizar uma semana de intervenção antes de iniciar a avaliação, visto que o cliente já conhecia a estagiária e demonstrou logo receptividade em trabalhar com esta, não tendo sido observáveis sentimentos de insegurança e estranheza.

No fator *Tonicidade* foi analisada a extensibilidade dos membros inferiores verificando-se que: nos adutores o afastamento e a resistência não eram máximos; nos extensores da coxa o A. apresentava uma resistência muscular elevada, sendo a distância entre os pés e o solo de 50 cm, mesmo com o auxílio da estagiária; no quadrícipite femoral não foi possível chegar a nenhuma conclusão, uma vez que o cliente não trazia o equipamento adequado, mas sim calças que limitavam os seus movimentos. Já ao nível da extensibilidade dos membros superiores foram observadas dificuldades na realização dos movimentos com os músculos deltoides e peitorais e com os extensores do punho, tendo-se verificado pouca amplitude de movimentos em ambos os casos. Por fim, no item que permitia observar os flexores do antebraço, o cliente obteve cotação máxima. Na avaliação da passividade o A. apresentava uma boa oscilação e amplitude de movimentos, não tendo sido identificada uma elevada resistência muscular, no entanto, não se observou o abandono passivo dos membros superiores. Na paratonia observou-se em ambos os casos uma boa amplitude de movimentos e capacidade de abandono passivo, não sendo detetáveis sinais de resistência e bloqueios musculares.

Ao nível do *Equilíbrio Estático*, nomeadamente nas tarefas em que o cliente deveria permanecer em pé com os olhos abertos e fechados verificou-se que este não apresentava dificuldades, tendo conseguido permanecer na posição pretendida sem qualquer oscilação. No entanto, em ambos os casos se verificou que a postura do cliente não era a ideal, apresentando as pernas ligeiramente fletidas. Nas tarefas de apoio retilíneo, apoio na ponta dos pés e apoio unipodal as dificuldades encontradas foram semelhantes, uma vez que realizava movimentos compensatórios com os membros superiores e não conseguia manter a posição de equilíbrio além de uns segundos. No domínio do *Equilíbrio Dinâmico* verificou-se que a marcha era fluente e sem oscilações ou desequilíbrios, no entanto este apresentava uma postura ligeiramente fletida. Na análise da capacidade para caminhar com o calcanhar do pé da frente em contacto com a ponta do pé que se encontra mais atrás, além de apresentar o tronco e as pernas fletidas, o A. mostrava desequilíbrios e perdas frequentes da posição pretendida. Já na

realização do mesmo percurso para trás acrescenta-se a dificuldade em se manter sobre a linha colocada no chão. Na tarefa de caminhar sobre o banco foi necessário o apoio da estagiária para diminuir os seus desequilíbrios. Nos saltos verificou-se que quando o A. saltava para a frente e para trás a flexão do tronco se acentuava e que este se desviava da trajetória marcada, mas não apresentava desequilíbrios. Já no salto em apoio unipodal, este desequilibrava-se várias vezes, mesmo com o apoio da estagiária.

Ao nível da *Lateralização* verificou-se uma preferência para a utilização do lado direito do corpo, uma vez que todas as tarefas, à exceção dos itens de preferência ocular, foram realizados com esse lado. Na *Noção do Corpo* o cliente foi capaz de nomear e identificar todos os segmentos corporais tanto em si como na estagiária, no entanto, não distinguiu corretamente a esquerda e a direita do avaliador, o que também se observou na tarefa seguinte, onde realizou corretamente os movimentos que implicavam a utilização segmentos corporais dos dois lados, no entanto, quando este necessitava de apontar para elementos do corpo da estagiária confundia novamente a sua esquerda e direita. Nos itens de imitação de gestos apenas o mais simples foi reproduzido sem qualquer dificuldade. Nos outros o cliente começava por conseguir executá-los da forma correta, mas não os memorizava por completo. Apesar disso, as duas mãos realizavam movimentos coordenados e simultâneos. No desenho do corpo o A. fez um desenho bastante pequeno, que apresentava as proporções certas mas cujos elementos faciais consistiam em riscos.

Relativamente à *Estruturação Espacial e Temporal*, a memorização e reprodução das primeiras sequências foi realizada sem dificuldades, no entanto, à medida que o número de elementos de cada sequência aumentava o A. passou a não ser capaz de reproduzi-las de forma totalmente correta, alterando a posição de um ou dois fósforos. Posteriormente foram também encontradas dificuldades na realização do item de organização, não tendo o A. sido capaz de modificar a passada de modo a percorrer a distância estabelecida com o número de passos corretos. Já na tarefa seguinte identificou facilmente as diferentes posições do objeto, não tendo sido apenas capaz de identificar corretamente os objetos que se encontravam à direita e à esquerda do avaliador. Por fim, na divisão de linhas houve dificuldades em perceber o objetivo da tarefa, bem como na sua concretização.

Na tarefa de dissociação da *Praxia Global* houve dificuldades na reprodução de muitos dos movimentos, mesmo quando só envolviam a utilização dos membros superiores ou dos membros inferiores. Na agilidade, o A. não foi capaz de sequenciar os movimentos, abrindo e fechando os braços e as pernas em simultâneo e não alternadamente. Já nas tarefas de coordenação óculo manual não foram observáveis

dificuldades, tendo o cliente obtido a cotação máxima em todos os itens. Já ao nível da coordenação óculo podal, o A. apresentava as pernas ligeiramente fletidas e pontapeava a bola com a velocidade adequada, no entanto, muitas vezes esta não apresentava a trajetória pretendida. Na componente de receber a bola, o A. nem sempre a parava quando esta chegava a ele, encaminhando-a de imediato.

Na *Praxia Fina* não foram identificadas dificuldades significativas na maioria das tarefas. Na realização do percurso da flor o cliente aproximava muito a cabeça do papel mas foi sempre capaz de manter o traçado dentro dos limites do desenho, apresentando também uma pega madura. A tarefa de velocidade/precisão foi realizada facilmente, estando todas as cruzes dentro dos limites, no entanto verificou-se que o A. utilizou a mão esquerda para completar o item, apesar de evidenciar uma preferência pela utilização do lado direito. Ao nível da coordenação dinâmica manual foi necessário repetir as instruções para que o cliente percebesse o que era necessário fazer e ao longo da realização da tarefa observou-se que aproximava muito a cabeça dos cliques, tendo referido que a tarefa era difícil. No item tamborilar foram encontradas dificuldades na execução dos movimentos simultaneamente, demorando algum tempo na transição entre os dedos e saltando alguns deles. Por fim, na tarefa de atenção/velocidade não foram observáveis dificuldades, no entanto verificou-se que usou a mão esquerda.

Tabela 12 - Perfil IntraIndividual psicomotor e adaptativo do A.

Áreas Fortes	Áreas a Desenvolver
Desenvolvimento Físico	Atividade Pré-Profissional
Atividade Económica	Personalidade
Desenvolvimento da Linguagem	Interação com os Pares
Números e Tempo	Comportamento Estereotipado e Hiperativo
Responsabilidade	Ajustamento Social
Comportamento Sexual	Comportamento Interpessoal Perturbado
Paratonia dos Membros Inferiores	Equilíbrio Estático e Dinâmico
Paratonia dos Membros Superiores	Lateralização
Identificação dos Elementos do Esquema Corporal	Reconhecimento Esq./Dta. no outro
Reconhecimento Esq./Dta. em si	Imitação de Gestos
Noções Espaciais	Desenho do Corpo
Coordenação Óculo Manual	Divisão de Linhas
Praxia Fina	Organização
Velocidade de Reação	Dissociação
	Agilidade

Com base nas áreas mais e menos fortes do A. foi elaborado um plano de intervenção de âmbito psicomotor (tabela 13):

Tabela 13 - Objetivos Gerais e Específicos para Intervenção Psicomotora do A.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover o Equilíbrio Estático	Aumentar o tempo de permanência em situações de equilíbrio estático (unipodal, ponta dos pés, apoio retilíneo)
	Promover a diminuição das oscilações em situações de equilíbrio estático
Potenciar o Equilíbrio Dinâmico	Promover a diminuição das oscilações em situações de equilíbrio dinâmico
Maximizar a Lateralização	Potenciar a utilização do lado dominante
Melhorar a Noção Corporal	Promover o reconhecimento da esquerda e direita no outro
	Melhorar a representação gráfica do corpo humano
	Potenciar a imitação de gestos no espaço
Desenvolver a Estruturação Espacial e Temporal	Desenvolver a memorização e reprodução de sequências espaciais
	Potenciar o ajustamento de movimentos
Potenciar a Praxia Global	Promover a execução de movimentos coordenados entre os Membros Superiores e os Membros Inferiores
	Desenvolver a agilidade dos movimentos
Melhorar a Interação Social	Diminuir os problemas comportamentais
	Promover a interação com os pares

Nesta sequência estabeleceu-se o programa psicomotor do A.

O Programa Psicomotor do A.

À semelhança do que se verificou com o estudo de caso anterior, também a intervenção psicomotora realizada com o A. se iniciou em janeiro de 2018 e prolongou-se até maio desse ano, num total de catorze semanas. De igual modo foi decidido que o cliente manteria todas as suas atividades habituais e que a intervenção com a estagiária decorreria nos períodos mais livres do cliente. Assim, a estagiária passou a ser responsável por planear e dinamizar as sessões de grupo de AMA, tendo também inserido no horário do cliente sessões individuais de AMA e de Estimulação Multissensorial, que serão melhor detalhadas em seguida:

- O grupo de AMA onde o cliente se inseria era o mesmo do estudo de caso anterior, estando, portanto, a descrição do trabalho realizado presente no capítulo anterior, onde se detalhou o trabalho que a estagiária realizou com os vários grupos de clientes da AFID.

- As sessões individuais de AMA com o A. (Anexo G) realizavam-se todas as segundas e quartas-feiras de manhã. Estas decorriam maioritariamente no ginásio ou no jardim da instituição e tinham uma duração de 45 minutos. Ao longo destes meses de intervenção a estagiária começava por acompanhar o cliente entre a sua sala e o local onde iria decorrer a sessão, sendo que esta seguia uma estrutura definida. Assim, a sessão iniciava-se com atividades de ativação global que tinham como objetivo a ativação muscular, mas principalmente aumentar a concentração do cliente. Já na parte fundamental da sessão eram promovidas atividades que tinham como finalidade

trabalhar as competências psicomotoras através de atividades lúdicas ou com recurso a circuitos. No caso do A. as competências de Equilibração foram consideradas prioritárias devido às frequentes quedas que o cliente apresenta. A sessão terminava com um momento de retorno à calma. Neste âmbito importa salientar que o cliente nem sempre era assíduo, pelo que algumas das sessões planeadas não foram realizadas.

- As sessões de Estimulação Multissensorial decorriam em conjunto com o estudo de caso anterior e eram realizadas às sextas-feiras de manhã durante um período de 30 minutos. Tal como já foi referido, as sessões seguiam uma dinâmica não diretiva, adaptando a estagiária a sua intervenção consoante as preferências do cliente. Geralmente o A. optava por se deitar no colchão de água vibratório onde eram proporcionados momentos de relaxação e de estimulação propriocetiva e vestibular. Tal como acontecia com o estudo de caso anterior, a sessão terminava com um momento de estimulação tátil e olfativa em que massajavam as próprias mãos com um creme aromático. Esta atividade repetia-se todas as semanas e era a forma utilizada pela estagiária para informar os clientes que o final da sessão se aproximava. Neste âmbito importa ainda realçar que o cliente sentia a Sala de *Snoezelen* como um espaço prazeroso e seguro, pelo que utilizava sempre alguns minutos da sessão para conversar com a estagiária acerca dos seus comportamentos menos ajustados, o que não acontecia noutro contexto ou com outro profissional da equipa.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Tal como ocorreu para o estudo de caso anterior, será feita agora a apresentação e discussão dos resultados obtidos pelo A. na ECAP (tabela 14) e *Checklist de Competências Psicomotoras* (figura 3).

De um modo semelhante ao que ocorreu com o estudo de caso anterior, também com o A. houve a necessidade de aplicar novamente os instrumentos de avaliação ao fim de cinco meses de intervenção a fim de perceber a evolução obtida pelo cliente e a eficácia da intervenção realizada.

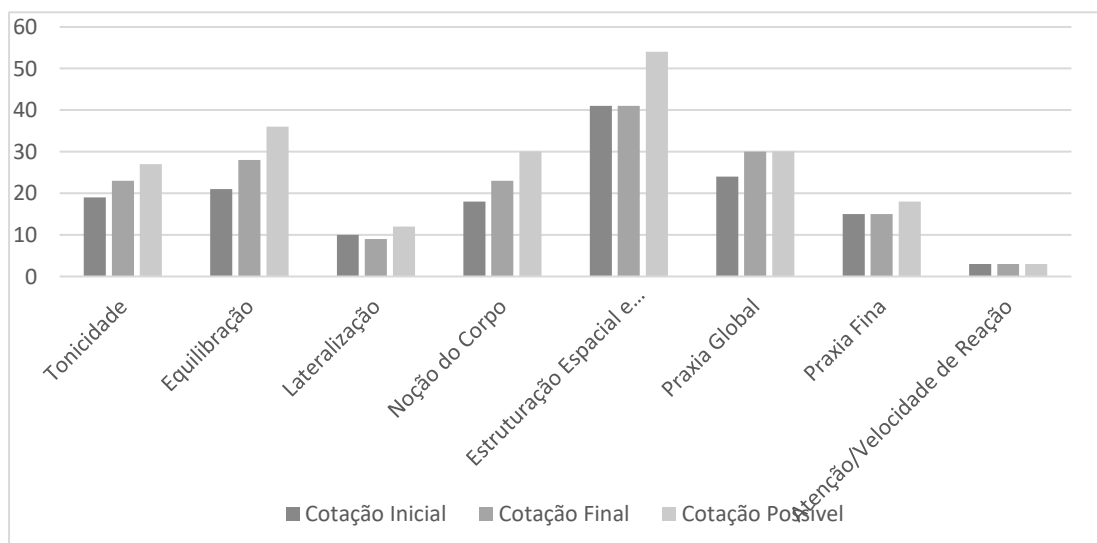
Devido ao curto período de trabalho que a estagiária teve com o cliente foi também decidido não aplicar novamente a ECAP, uma vez que, apesar de se verificarem evoluções positivas, estas não foram suficientes para resultar em alterações quantitativas. Apesar disso, e segundo a monitora responsável pela sala onde o cliente passa a maior parte do seu tempo verificaram-se progressos principalmente ao nível da comunicação expressiva, sendo possível observar que o cliente diminuiu a sua timidez e que é mais confiante e comunicativo com a sua equipa de referência.

Tabela 14 - Avaliação do A. na ECAP.

Domínios Parte I ECAP	Av. Inicial	Pontuação Máxima	Av. Final
Autonomia	85	130	85
Desenvolvimento Físico	34	38	34
Atividade Económica	14	30	14
Desenvolvimento Linguagem	39	50	39
Números/Tempo	13	20	13
Atividade Doméstica	5	25	5
Atividade Pré-Profissional	1	11	1
Personalidade	4	23	4
Responsabilidade	6	11	6
Socialização	14	27	14
Domínios Parte II ECAP	Av. Inicial	Pontuação Máxima	
Comportamento Social	17	92	17
Conformidade	15	66	15
Merece Confiança	3	60	3
C. Estereotipado e Hiperativo	15	98	15
Comportamento Sexual	0	46	0
Comportamento Auto-Abusivo	5	52	5
Ajustamento Social	16	46	16
Comportamento Interpessoal Perturbado	14	72	14

No caso da *Checklist de Competência Psicomotoras* foi decidido aplicá-la antes de se iniciar a intervenção e novamente após o seu término, com o objetivo de se perceber se se verificaram evoluções positivas nos domínios avaliados. Através de uma análise geral ao gráfico seguinte (figura 3) verifica-se uma melhoria nas competências de *Tonicidade*, *Equilibração*, *Noção do Corpo* e *Praxia Global*, uma manutenção das capacidades de *Estruturação Espacial e Temporal*, *Praxia Fina* e *Atenção/Velocidade de Reação* e uma diminuição das competências de *Lateralização*.

Figura 3 - Avaliação do A. na Checklist de Competências Psicomotoras.



Após a avaliação inicial do A., os resultados obtidos indicavam a Equilibração, Lateralização, Noção Corporal, Estruturação Espacial e Temporal e Praxia Global como as áreas a ser trabalhadas nas sessões de AMA e Estimulação Multissensorial. Devido ao facto do cliente se deslocar autonomamente entre a sua casa e a instituição e também por se terem observado situações de desequilíbrios ou de quedas, o domínio da Equilibração foi identificado como uma das áreas prioritárias no trabalho da estagiária com o cliente.

Em termos da Tonicidade, a análise das avaliações inicial e final revela a manutenção das competências de extensibilidade dos membros inferiores, mas uma evolução ao nível da extensibilidade dos membros superiores, verificando-se uma diminuição na resistência ao movimento nos músculos deltoides e peitorais e um aumento da flexibilidade nos músculos de extensão do punho. Em termos de passividade e paratonia, o cliente obteve cotação máxima, sendo possível verificar a ausência de resistências ao movimento e uma adequada oscilação e abandono tanto dos membros superiores como dos inferiores.

No que respeita ao domínio da *Equilibração*, e mais concretamente ao equilíbrio estático, observa-se a manutenção da capacidade de manter a postura vertical sem ocorrerem desequilíbrios, no entanto continua-se a verificar que o A. apresenta uma ligeira flexão dos membros inferiores, baixando o seu centro de gravidade. Nos restantes itens de equilíbrio estático observou-se uma evolução positiva, com o cliente a ser capaz de manter as posições de equilíbrio durante um maior período de tempo sem realizar movimentos compensatórios com os braços. Relativamente ao equilíbrio dinâmico mantém-se a sua capacidade de se deslocar autonomamente ao longo do espaço, continuando o cliente a apresentar o tronco e os membros inferiores ligeiramente fletidos. Já nas tarefas de caminhar ao longo de uma linha mantendo sempre os pés em contacto observou-se uma diminuição nas oscilações e perdas de posição quando este se deslocava para a frente. Na deslocação para trás o cliente evoluiu na capacidade de seguir o trajeto marcado pela linha, no entanto não é capaz de os manter sempre em contacto. Também na tarefa de caminhar sobre o banco se verificaram progressos, tendo o A. sido capaz de se deslocar no banco sem qualquer apoio da estagiária e sem apresentar desequilíbrios. Por fim, a avaliação final revela uma manutenção das competências de saltar para a frente e para trás e um evolução na capacidade de saltar em apoio unipodal, não tendo sido necessário o apoio da estagiária e tendo o A. conseguido seguir a linha e não perdido a posição pretendida.

Tal como já foi previamente referido, a *Lateralização* foi o único domínio onde a cotação final do cliente foi inferior à cotação obtida na avaliação inicial. A avaliação

realizada antes da intervenção indicou a direita como o lado preferencial do cliente, o que mais uma vez se observou na tarefa de preferência manual, onde o A. continuou a usar a mão direita nas tarefas de simular escrever e recortar com uma tesoura. Também na avaliação inicial da lateralização podal tinha revelado uma preferência pela utilização do lado direito em ambas as tarefas, o que não se verificou na avaliação final, onde o A. executou o item de exemplificar que vestia as calças com o membro inferior esquerdo. Em termos de preferência ocular, a avaliação inicial tinha indicado um perfil EE, sendo que na avaliação final o item de olhar por um tubo foi já realizado com o olho direito. Por fim, na preferência auditiva, o perfil DD obtido na avaliação inicial não se manteve, tendo o cliente colocado o relógio junto ao ouvido esquerdo.

Relativamente à *Noção do Corpo* a avaliação final indica que o cliente é capaz de identificar corretamente todas as partes do seu corpo, apresentando apenas dificuldades na identificação da esquerda e direita do outro. Este facto foi também verificado na tarefa de reconhecimento esquerda/direita, onde este foi capaz de identificar corretamente os lados do seu corpo mas não o conseguiu fazer quando foi questionado acerca da esquerda e direita da estagiária. A avaliação final revela também uma evolução na capacidade de imitação de gestos, tendo o A. conseguido executar sem dificuldades três dos quatro gestos demonstrados. Por fim, na tarefa de desenho do corpo, o desenho feito pelo cliente apresenta maiores dimensões e mais pormenores ao nível da cabeça (e.g. olhos, orelhas, cabelo, etc.), bem como as proporções corretas. Apesar disso, a representação do tronco corresponde a um retângulo.

Ao nível da *Estruturação Espacial e Temporal* observou-se uma manutenção das competências em todos os itens. Na tarefa de estruturação dinâmica este continua a ser capaz de reproduzir as sequências mais simples e a apresentar dificuldades em reproduzir na totalidade as sequências mais complexas. Também no item de organização foram observadas dificuldades, uma vez que o A. não foi capaz de adaptar a largura da passada de modo a realizar o número de passos pretendidos. Na noção espacial volta-se apenas a verificar a dificuldade em identificar a direita e esquerda do outro, mas maior facilidade para identificar a posição relativa entre os objetos e entre o próprio e os objetos. Por último, também na divisão de linhas não se verificaram progressos, sendo que o A. desenhava duas linhas quando pretendia dividir um segmento ao meio e três quando o queria dividir em três partes iguais.

Na avaliação final da *Praxia Global* observou-se uma clara evolução nas competências de dissociação e agilidade, sendo possível verificar uma maior facilidade na execução de movimentos sequenciais com os membros superiores e inferiores. Já nas competências de coordenação óculo manual o A. manteve a cotação máxima em

todos os itens. Por fim, houve também uma evolução positiva na capacidade de pontapear e receber a bola: o cliente tornou-se capaz de a dirigir para a estagiária com a trajetória adequada e apresentava menores dificuldades na manutenção do equilíbrio quando elevava um pé para parar a bola.

Relativamente à *Praxia Fina* o cliente manteve as competências avaliadas inicialmente, não sendo identificadas dificuldades significativas em qualquer dos itens avaliados. Neste âmbito importa salientar que todas as tarefas que implicavam a utilização de apenas um membro superior foram realizadas com a mão direita, indo de encontro à avaliação da lateralização que indica uma preferência manual direita. Por último, na avaliação da *Atenção/Velocidade de Reação*, o A. manteve a cotação máxima obtida anteriormente, agarrando o cubo de forma ágil nos momentos indicados.

Principais Conclusões da Intervenção

Fazendo uma análise da avaliação inicial e final do A. é possível verificar que este evoluiu positivamente em alguns fatores psic motores e que naqueles onde não progrediu já apresentava cotações elevadas que revelavam competências já adquiridas. Apenas no caso da Lateralização se verificou uma ligeira diminuição das competências. Deste modo, é possível concluir que a intervenção psicomotora parece ter sido benéfica para o cliente, uma vez que, de um modo geral, permitiu o desenvolvimento de várias habilidades, nomeadamente no que respeita à equilibração onde se verificou uma diminuição das oscilações, movimentos compensatórios e perdas de posição. Dentro deste âmbito importa salientar novamente que este fator foi considerado prioritário na intervenção com o cliente, uma vez que este tende a cair dadas as dificuldades na manutenção do equilíbrio. Apesar destas evoluções, o A. continua a adotar continuamente uma posição de contorção dos pés que é mantida enquanto caminha.

No que respeita ao comportamento adaptativo, um dos objetivos a trabalhar eram as suas competências de socialização e relacionamento com os outros, promovendo a interação com os pares e a diminuição dos problemas comportamentais. Neste caso verificou-se que os objetivos não foram alcançados, uma vez que, apesar do cliente ser menos tímido com a sua equipa técnica de referência continua a isolar-se do seu grupo de pares e a apresentar dificuldades no controlo do comportamento. Relativamente às informações relativas ao ambiente familiar com que o A. cresceu, os dados existentes na instituição são poucos, sendo, no entanto, do conhecimento da equipa técnica que a infância do cliente foi marcada pela não aceitação de uma criança com “deficiência” por parte de alguns membros familiares, chegando a verificar-se o seu afastamento. Em termos da família nuclear verificou-se a inexistência de regras e a

possibilidade do indivíduo crescer sem que lhe fossem estabelecidas regras ou limites às suas atitudes comportamentais. Já em adulto o afastamento familiar continua a verificar-se, não existindo um acompanhamento parental contínuo tanto por motivos de trabalho como por razões de doença. Tendo em conta estes dados ambientais, as dificuldades no comportamento poderão ser resultado da sua vivência enquanto criança, corroborando Steinberg, Blatt-Eisengart e Cauffman (2006) que concluíram que jovens que cresciam em ambientes com poucos limites tinham uma maior propensão a apresentar problemas comportamentais. Já Ladd e Pettit (2002) indicam que a existência de comportamentos desadaptados por parte dos pais e dos filhos influencia negativamente a capacidade dos filhos se relacionarem com os outros, podendo este facto ajudar a compreender as dificuldades de socialização do A.

Relativamente às estratégias de intervenção, uma das principais preocupações da estagiária foi promover atividades adequadas à idade do cliente e que fossem motivantes para o próprio, visto que este apresentava uma tendência para a inatividade e pouco interesse na realização das tarefas. Já na estruturação das atividades houve a necessidade da sua complexificação de modo a ir ao encontro das capacidades do A. que por vezes referia que as atividades eram “muito fáceis” de realizar. Em termos de instrução houve também a preocupação de desafiar o cliente, pelo que se conjugava exclusivamente a instrução verbal com a instrução verbal acompanhada pela demonstração e mesmo situações onde o cliente ficava responsável por definir as regras e verificar a execução da estagiária que ficava encarregue de realizar as tarefas propostas. Neste âmbito é importante referir que o cliente apresenta saliências ósseas na parte superior dos pés que lhe causam dor, pelo que não se pode manter em pé durante períodos de tempo prolongados. Ao longo dos primeiros períodos de intervenção o A. manifestava muitas vezes dor e necessidade de se sentar, no entanto, foi percebido que esta situação poderia ser também resultado da sua falta de vontade para realizar as atividades, pelo que foi estabelecido com o cliente que ele aproveitaria os momentos de arrumação de materiais entre as atividades para se sentar, tendo esta sugestão sido aceite e cumprida pelo próprio. Apesar disso houve sempre o cuidado por parte da estagiária em não promover atividades onde o cliente tivesse que passar muito tempo em pé.

Ao longo do período em que trabalhou com o cliente a estagiária pôde concluir que as maiores transformações ocorreram ao nível das competências psicomotoras e não tanto em termos comportamentais e sociais. Devido ao facto do A. ter crescido num ambiente pouco estruturado e de atualmente continuar a não obter um apoio parental significativo, as características de comportamento e de socialização pouco adaptadas

continuam bastante presentes e tornam-se mais difíceis de modificar. Tendo em conta estes aspetos a intervenção psicomotora realizada em grupo parece ser a metodologia mais indicada face às suas necessidades. Deste modo, enquanto aprimora as suas capacidades de âmbito psicomotor o A. tem também a possibilidade de vivenciar experiências que envolvem a comunicação, a cooperação, a ajuda e ainda a capacidade de resolução de problemas, que além de possibilitarem o aumento da socialização num contexto informal permitem a vivência de situações onde este pode aprender a gerir o seu comportamento, realizando, posteriormente, esse *transfer* para os restantes contextos da sua vida.

Para terminar o presente relatório, em seguida serão apresentadas as atividades desportivas e lúdicas realizadas na AFID e em outras instituições que a estagiária teve a oportunidade de acompanhar.

Atividades Complementares

Ao longo do período de estágio, além da dinamização das sessões terapêuticas e do acompanhamento dado aos clientes no horário de almoço e de pausa, a estagiária teve também a oportunidade de participar e acompanhar os clientes da AFID em diversas atividades complementares que serão descritas em seguida:

- **Torneio de Corfebol** – este torneio fez parte das atividades dos Intercentros e decorreu ao longo da manhã de dia 23 de outubro de 2017 em Odivelas. Esta foi a primeira vez que a estagiária acompanhou os clientes numa atividade realizada fora da AFID, tendo tido a oportunidade de perceber a importância destas ações que além de promoverem o bem-estar físico possibilitam o convívio entre clientes de várias instituições, permitindo-lhes quebrar as rotinas que vivem todos os dias.
- **Festa de Carnaval** – realizada na tarde do dia 12 de fevereiro de 2018 nos jardins da AFID, a Festa de Carnaval incluiu máscaras, música e momentos de dança, tendo sido um momento de lazer e convívio entre clientes, técnicos e famílias. Além de participar na festa, a estagiária auxiliou os clientes na decoração do espaço.
- **Torneio de Boccia** – esta atividade dos Intercentros foi realizada ao longo da manhã do dia 15 de março de 2018 em Oeiras, tendo contado com a presença de 4 clientes da AFID. Aqui, além de socializar com os indivíduos de outros centros houve a oportunidade de participarem em vários jogos desta modalidade.
- **Caminhada de Orientação** – ao longo da manhã do dia 17 de abril de 2018 os clientes da AFID participaram na Caminhada de Orientação desenvolvida pela

Associação Quinta Essência. Foi um dia de muita atividade física e vários desafios realizados na Serra de Sintra.

- **Torneio de Natação** – esta atividade foi promovida pela APERCIM e decorreu no dia 26 de abril de 2018 na Venda do Pinheiro. Este dia contou com a participação dos clientes da AFID nas várias provas e terminou com um piquenique que juntou os técnicos e clientes da instituição.
- **Passeio em Lisboa** – ao longo do dia 8 de maio de 2018, a estagiária acompanhou os clientes da Sala de Inclusão num passeio pela cidade de Lisboa. Durante a manhã os clientes tiveram a oportunidade de andar de barco entre Belém e a Trafaria. Ao longo da tarde aproveitou-se para lanchar, descansar e conviver nos jardins de Belém.
- **Jogos Sem Fronteiras** – esta atividade decorreu nos jardins da AFID no dia 30 de maio de 2018 e fez parte das atividades Intercentros. Durante este dia os clientes de várias instituições participaram em jogos criados pelos clientes da AFID. A função da estagiária foi a de acompanhar a equipa da AFID ao longo de todos os jogos, auxiliando-os na sua realização.

Conclusão e Reflexão Pessoal

Ao longo do presente relatório foi sendo apresentado todo o trabalho associado à intervenção psicomotora desenvolvida pela estagiária durante um período de sete meses no Centro de Atividades Ocupacionais da Fundação AFID Diferença. Esta etapa insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Aprofundamento de Competências Profissionais que integra o Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana e cujo maior objetivo passa por possibilitar aos estudantes uma oportunidade para conhecerem a realidade “no terreno” de um psicomotricista e desenvolverem e aprimorarem as competências adquiridas ao longo da sua formação académica. Foi, sem dúvida alguma, um período bastante exigente e desafiante mas que possibilitou um enorme crescimento profissional e que culminou com a sensação de dever cumprido.

Esta tratou-se da primeira experiência que a estagiária teve com a população adulta com dificuldades, pelo que os primeiros momentos na instituição foram vividos com vários receios e inseguranças típicos de quem nunca tinha trabalhado na área ou contactado com a presente população. Com avançar do tempo esses medos foram desvanecendo e deram lugar a uma maior segurança e confiança no trabalho realizado muito graças ao acompanhamento constante da orientadora local que foi possibilitando a oportunidade de trabalhar em vários contextos de intervenção de uma forma progressivamente mais autónoma, havendo a possibilidade de experimentar e de crescer com todos os desafios que eram vividos.

Em termos da população apoiada o maior choque experienciado relacionou-se com o elevado número de clientes com os quais a estagiária interveio e que apresentavam características bastante diferentes entre si. Neste caso a maior aquisição desenvolvida pela estagiária foi a de se tornar progressivamente mais capaz de dinamizar sessões para grupos com vários elementos, tendo sempre em conta as várias competências e necessidades dos indivíduos que apoiava, e ser capaz de prestar um apoio mais individualizado a quem apresentava maiores necessidades de apoio sem comprometer o apoio aos clientes com maior autonomia. Apesar destas limitações sentidas inicialmente, este primeiro contacto com a população adulta com dificuldades revelou-se bastante prazeroso e enriquecedor. De um modo geral todos os indivíduos da instituição foram bastante acolhedores e aceitaram facilmente as ideias propostas pela estagiária. No entanto, apesar da aceitação sentida ao longo do período de estágio, a situação mais surpreendente e enriquecedora está associada ao esforço que estes indivíduos apresentam diariamente para superar as suas limitações sem se resignarem

com as suas dificuldades, apesar de evidenciarem comprometimentos em várias áreas desenvolvimentais que põem em causa o seu funcionamento no quotidiano.

Outro aspeto que vale a pena salientar prende-se com o esforço que a instituição tem desenvolvido ao longo dos últimos anos com o intuito de promover a integração desta população na sociedade. Neste âmbito destaca-se a promoção de parcerias com várias entidades públicas, a divulgação exterior dos trabalhos artísticos produzidos pelos clientes ou a constante procura de contratos de trabalho para os indivíduos com maiores competências. Outro dos aspetos que melhor impressão causou à estagiária foi o facto do CAO não se limitar a ser um local onde os clientes eram “colocados” para passarem o tempo durante o horário laboral dos familiares, dedicando-se à promoção das competências destas pessoas com o objetivo de garantir uma maior funcionalidade e qualidade de vida, tendo estes sempre um papel ativo no seu plano terapêutico.

Apesar de todo o empenho demonstrado pelos clientes e pela instituição na sua capacitação, a estagiária sentiu a necessidade da instituição trabalhar também com as famílias, de modo a evitar a infantilização, sobreproteção e subvalorização destas pessoas e maximizar a promoção da autonomia.

Ao longo do presente estágio o trabalho realizado com os dois estudos de caso permitiu aplicar todos os processos que guiam e suportam a intervenção psicomotora, possibilitando o aprimoramento dessas competências. A intervenção com estes clientes foi fonte de novos desafios e aprendizagens que permitiram sobretudo perceber a importância da psicomotricidade enquanto área de intervenção terapêutica. Em suma, toda esta experiência se revelou bastante enriquecedora, visto que, ao longo de vários meses, houve a possibilidade de perceber o funcionamento de uma instituição e fazer parte da sua equipa técnica, trabalhando autonomamente com uma grande variedade de pessoas com diagnósticos, características e necessidades diferentes, em contextos de intervenção distintas. Desta experiência fica a enorme aprendizagem e crescimento que servirão de base para a construção de um futuro próximo.

Referências

Abdallah, M., Greaves-Lord, K., Grove, J., Nørgaard-Pedersen, B., Hougaard, D. e Mortensen, E. (2011). Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorders: findings from a Danish Historic Birth Cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(11-12), 599-601. doi: 10.1007/s00787-011-0220-2.

AFID (2017a). *Apresentação*. Retirado a 12 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/category/fundacao-afid-diferenca/apresentacao/>.

AFID (2017b). *Datas Importantes*. Retirado a 13 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/category/fundacao-afid-diferenca/datas-importantes/>.

AFID (2017c). *Políticas*. Retirado a 17 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/category/fundacao-afid-diferenca/politicas/>.

AFID (2017d). *Política da Qualidade*. Retirado a 17 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/fundacao-afid-diferenca/politicas/politica-da-qualidade/>.

AFID (2017e). *Política de Inclusão*. Retirado a 17 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/fundacao-afid-diferenca/politicas/politica-de-inclusao/>.

AFID (2017f). *Política de Recursos Humanos*. Retirado a 19 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/fundacao-afid-diferenca/politicas/politica-de-recursos-humanos/>.

AFID (2017g). *Política de Parcerias*. Retirado a 19 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/fundacao-afid-diferenca/politicas/politica-de-parcerias/>.

AFID (2017h). *Política de Desenvolvimento Sustentável*. Retirado a 19 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/fundacao-afid-diferenca/politicas/politica-de-desenvolvimento-sustentavel/>.

AFID (2017i). *Política de Marketing e Comunicação*. Retirado a 19 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/fundacao-afid-diferenca/politicas/politica-de-marketing-e-comunicacao/>.

AFID (2017j). *Política Ambiental*. Retirado a 19 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/fundacao-afid-diferenca/politicas/politica-ambiental/>.

AFID (2017k). *Organograma*. Retirado a 1 de novembro de 2017 de <https://www.afid.pt/fundacao-afid-diferenca/orgaos-sociais/>.

AFID (2017l). *Áreas de Intervenção*. Retirado a 26 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/category/areas-de-intervencao/>.

AFID (2017m). *Unidade de Apoio ao Desenvolvimento Infantil*. Retirado a 27 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/areas-de-intervencao/unidade-de-apoio-ao-desenvolvimento-infantil/>.

AFID (2017n). *Centro de Recursos para a Inclusão*. Retirado a 27 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/areas-de-intervencao/cri-centro-de-recursos/>.

AFID (2017o). *Formação Profissional*. Retirado a 27 de outubro de 2017 de <https://www.afid.pt/areas-de-intervencao/formacao-profissional/>.

AFID (2017p). *Plano Geral de Atividades 2017*. Retirado a 30 de outubro de 2017 de https://www.afid.pt/wp-content/uploads/Fundacao_PlanoAtividades2017.pdf.

AFID (2017q). *Prémios*. Retirado a 23 de novembro de 2017 de <https://www.afid.pt/fundacao-afid-diferenca/premios/>.

AFID (2017r). *Plano Estratégico 2017-2019*. Retirado a 23 de novembro de 2017 de <https://www.afid.pt/fundacao-afid-diferenca/planos-de-atividade/>.

AFID Centro de Medicina Física e Reabilitação (2017). *Centro de Medicina Física e Reabilitação*. Retirado a 27 de outubro de 2017 de <http://www.afidcr.pt/category/centro-de-reabilitacao-afid/>.

AFID Centro de Medicina Física e Reabilitação (2017a). *Cuidados de Saúde*. Retirado a 27 de outubro de 2017 de <http://www.afidcr.pt/category/cuidados-de-saude/>.

AFID Green (2017). *AFID Green*. Retirado a 27 de outubro de 2017 de <http://www.afidgreen.pt/category/afid-green/>.

AFID Kids (2017). *AFID Kids*. Retirado a 26 de outubro de 2017 de <http://www.afidkids.pt/category/afid-kids/>.

AFID Kids (2017a). *Creche*. Retirado a 27 de outubro de 2017 de <http://www.afidkids.pt/category/creche/>.

AFID Kids (2017b). *Pré-escolar*. Retirado a 27 de outubro de 2017 de <http://www.afidkids.pt/category/pre-escolar/>.

AFID Reab (2017a). *Lar Residencial*. Retirado a 30 de outubro de 2017 de <http://www.afidreab.pt/category/lar-residencial/>.

AFID Reab (2017b). *Serviço de Apoio Domiciliário*. Retirado a 30 de outubro de 2017 de <http://www.afidreab.pt/category/servico-de-apoio-domiciliario/>.

AFID Reab (2017c). *Centro de Atividades Ocupacionais*. Retirado a 30 de outubro de 2017 de <http://www.afidreab.pt/category/centro-de-atividades-ocupacionais/#>.

AFID Reab. (2017). *AFID Reab*. Retirado a 30 de outubro de 2017 de <http://www.afidreab.pt/category/afid-reab/>.

AFID Sénior (2017). *AFID Sénior*. Retirado a 26 de outubro de 2017 de <http://www.afidsenior.pt/category/afid-senior/>.

AFID Sénior (2017a). *Residência Sénior*. Retirado a 26 de outubro de 2017 de <http://www.afidsenior.pt/category/residencia-senior/>.

AFID Sénior (2017b). *Apoio Domiciliário*. Retirado a 26 de outubro de 2017 de <http://www.afidsenior.pt/category/apoio-domiciliario/>.

AFID Sénior (2017c). *Atividades Socioculturais*. Retirado a 26 de outubro de 2017 de <http://www.afidsenior.pt/category/atividades-socioculturais/>.

Alloway, T. (2010). Working memory and executive function profiles of individuals with borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 448–456. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01281.x

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Cerebral palsy in Norway: Prevalence, subtypes, and severity. *European Journal of Paediatric Neurology*, 12(1), 4-13. doi: 10.1016/j.ejpn.2007.05.001.

Andrada, G., Virella, D., Folha, T., Gouveia, R., Cadete, A., Alvarelhão, J. e Calado, E. (2012). *Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos – Crianças nascidas entre 2001 e 2003*. Lisboa: FAPPC.

Andrada, M., Batalha, I., Calado, E., Carvalhão, I., Duarte, J., Ferreira, C., ... Nunes, F. (2005). *Estudo Europeu da Etiologia da Paralisia Cerebral – Região de Lisboa*. Lisboa: APCC.

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.

- Aragón, M. (2007). *Manual de psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arias, C. e Jiménez, E. (2004). Tratamiento fisioterápico del parálítico cerebral adulto en sala Snoezelen. *Fisioterapia*, 26(3), 134-142.
- Arnold, G., Boone, K., Lu, P., Dean, A., Wen, J., Nitch, S. e McPherson, S. (2005). Sensitivity and specificity of finger tapping test scores for the detection of suspect effort. *The Clinical Neuropsychologist*, 19(1): 105–120, doi: 10.1080/13854040490888567.
- Arnould, C., Bleyenheuft, Y. e Thonnard, J-L. (2014). Hand functioning in children with cerebral palsy. *Frontiers in Neurology*, 48(5), 1-10. doi: 10.3389/fneur.2014.00048.
- Ashton-Shaeffer, C., Gibson, H., Holt, M. e Willming, C. (2001). Women's resistance and empowerment through wheelchair sport. *World Leisure*, 4, 11-21.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses.
- 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.
- Autism Society (2016). *What is Autism?*. Retirado a 3 de dezembro de 2017 de <http://www.autism-society.org/what-is/>.
- Bandim, J., Ventura, L., Miller, M., Almeida, H. e Costa, A. (2003). Autism and möbius sequence: an exploratory study of children in northeastern Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(2-A), 181-185.
- Baraneck, G.T. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 397-422.
- Barnhill, J. e McNelis, D. (2012). Overview of intellectual/developmental disabilities. *Focus – the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. X (3): 300-306.
- Barnhill, J.; Koning, N. e Kartheiser, P. (2007). Learning Disorders. In Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavrakaki, C. e First, M. (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability*, 68-87. National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA;
- Baron-Cohen, S., Scott, F., Allison, C., Williams, J., Bolton, P.,..., Brayne, C. (2009). Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 500-509. doi: 10.1192/bjp.bp.108.059345.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., Jacobsson, B., Damiano, D. e Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 47(08), 571-576. doi: 10.1017/S001216220500112X.
- Beck, G., Derrey, S., Gayral, N., Guillemain, C., Labarrere, I., Lecoeur-Pichot, C., e Rodrigues, P. (2004). La psychomotricité. *Le Journal de l'Établissement Public de Sante Charcot Plaisir*, 18, 2-8.
- Belmonti, V., Cioni, G., e Berthoz, A. (2016). Anticipatory control and spatial cognition in locomotion and navigation through typical development and in cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(4), 22-27. doi: 10.1111/dmnc.13044
- Biasoli, M. e Machado, C. (2006). Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Revista Brasileira de Medicina*, 63(5), 225-237.
- Bodfish, J. (2007). Stereotypy, Self-Injury, and Related Abnormal Repetitive Behaviors. In J. Jacobson, J. Mulick e J. Rojahn (Eds.) *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 481-506). New York: Springer.

- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Brown, J., Brown, M. e Dibiasio, P. (2013). Treating individuals with intellectual disabilities and challenging behaviors with adapted dialectical behavior therapy. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(4), 280-303. doi: 10.1080/19315864.2012.700684.
- Brozaitis, A. (2007). Sensory integration problems in children with cerebral palsy. In A. Hinchcliffe (Eds.), *Children with Cerebral Palsy: A Manual for Therapists, Parents and Community Workers* (172-200). New Delhi: Sage Publications.
- Bruininks, H. e Bruininks, D. (2005). *BOT 2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency – Examinee Booklet*. Pearson Assessments.
- Buntinx, W. e Shalock, R. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294, doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x
- Buono, S., Scannella, F., Palmigiano, M., Elia, M., Kerr, M. e Di Nuovo, S. (2012). Self-injury in people with intellectual disability and epilepsy: a matched controlled study. *Seizure*, 21(3), 160-164. doi: 10.1016/j.seizure.2011.10.008.
- Carlsson, M., Olsson, I., Hagberg, G. e Beckung, E. (2008). Behaviour in children with cerebral palsy with and without epilepsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50(10), 784-789. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03090.x.
- Carmeli, E., Bar-Yossef, T., Ariav, C., Levy, R. e Liebermann, D. (2008). Perceptual-motor coordination in persons with mild intellectual disability. *Disability and Rehabilitation*, 30 (5), 323-329. doi: 10.1080/09638280701265398.
- Carroll, K., Leiser, J. e Paisley, T.S. (2006). Cerebral Palsy: physical activity and sport. *Current Sports Medicine Reports*, 5(6), 319-322. doi: 10.1097/01.CSMR.0000306437.21359.f7
- Charman, T., Drew, A., Baird, C. e Baird, G. (2003). Measuring early language development in preschool children with autism spectrum disorder using the MacArthur Communicative Development Inventory (Infant Form). *Journal of Child Language*, 30(1), 213-236. doi: 10.1017/S0305000902005482.
- Chess, S. (1971). Autism in children with congenital rubella. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1(1), 33-57.
- Chow, B., Choi, P. e Huang, W. (2018). Physical activity and physical fitness of adults with intellectual disabilities in group homes in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1-11. doi: 10.3390/ijerph15071370.
- Cleaver, S., Hunter, D. e Ouellette-Kuntz, H. (2009). Physical mobility limitations in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (2), 93-105. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01137.x;
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. e Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 198, 27-35. doi: 10.1192/bjp.bp.10.6.02.24.83.
- Côté-Leclerc, F., Duchesne, G.B., Bolduc, P., Gélinas-Lafrenière, A., Santerre, C.,..., Levasseur, M. (2017). How does playing adapted sports affect quality of life of people with mobility limitations? Results from a mixed-method sequential explanatory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(22), 1-8. doi: 10.1186/s12955-017-0597-9.
- Crocker, A., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. e Roy, M.-E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities.

Journal of Intellectual Disability Research, 50(9), 652-661. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x.

Croen, L., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M., Rich, S., ..., Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 814-823. doi: 10.1177/1362361315577517.

Cukier, H., Dueker, N., Slifer, S., Lee, J., Whitehead, P., Lalanne, E., ... Pericak-Vance, M. (2014). Exome sequencing of extended families with autism reveals genes shared across neurodevelopmental and neuropsychiatric disorders. *Molecular Autism*, 5(1), 1-10. doi: 10.1186/2040-2392-5-1.

Cunningham, A. e Schreibman, L. (2008). Stereotypy in Autism: The importance of function. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(3), 469-479. doi: 10.1016/j.rasd.2007.09.006.

Danielsson, H., Henry, L., Ronnberg, J., e Nilsson, L. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31, pp. 1299-1304. doi:10.1016/j.ridd.2010.07.012.

David, M., Dieterich, K., Billette de Villemeur, A., Jouk, P.-S., Counillon, J., ..., Cans, C. (2014). Prevalence and characteristics of children with mild intellectual disability in a French county. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(7), 591-602. doi: 10.1111/jir.12057.

de Bildt, A., Serra, M., Luteijn, E., Kraijer, D., Sytema, S. e Minderaa, R. (2005). Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(5), 317-328. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00655.x.

Deb, S., Thomas, M. e Bright, C. (2001a). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 506-514.

Deb, S., Thomas, M. e Bright, C. (2001b). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495-505.

Decreto-Lei n.º 3/2008. Ministério da Educação. Diário da República, 1.ª série – N.º 4 – 7 de janeiro de 2008, 154-164.

Decreto-Lei n.º 54/2018. Ministério da Educação. Diário da República, 1.ª série – N.º 129 – 6 de julho de 2018, 2918-2928.

Delacy, M. e Reid, S. (2016). Profile of associated impairments at age 5 years in Australia by cerebral palsy subtype and Gross Motor Function Classification System level for birth years 1996 to 2005. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(Suppl 2), 50-56. doi: 10.1111/dmcn.13012.

Dimitrijević, L., Aleksandrović, M., Madić, D., Okičić, T., Radovanović, D. e Daly, D. (2012). The effect of aquatic intervention on the gross motor function and aquatic skills in children with cerebral palsy. *Journal of Human Kinetics*, 32, 167-174. doi: 10.2478/v10078-012-0033-5.

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC). (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo: normas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação.

Djuric-Zdravkovic, A., Japundza-Milisavljevic, M. e Macesic-Petrovic, D. (2010). Attention in children with intellectual disabilities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1601-1606. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.332.

- Durkin, M., Maenner, M., Newschaffer, C., Lee, L., Cunniff, C., ..., Schieve, L. (2008). Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. *American Journal of Epidemiology*, 168(11), 1268-1276. doi: 10.1093/aje/kwn250.
- Enkelaar, L., Smulders, E., Lantman-de Valk, H., Weerdesteyn, V. e Geurts, A. (2013). Clinical measures are feasible and sensitive to assess balance and gait capacities in older persons with mild to moderate Intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 276-285, doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.014.
- Esposito, G. e Pasca, S. (2013). Motor abnormalities as a putative endophenotype for Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in Integrative Neuroscience*. 7(43). 1-5. doi: 10.3389/fnint.2013.00043.
- European Intellectual Disability Research Network (2003). *Intellectual Disability in Europe: Working Papers*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent at Canterbury.
- Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (2013). *Paralisia cerebral aos 5 anos de idade em Portugal. Crianças com paralisia cerebral nascidas entre 2001 e 2003*. Retirado a 16 de julho de 2018 do sítio: http://www.spp.pt/UserFiles/file/UVP_SPP_Casos_Estudo_Paralisia_Cerebral/Relatorio_PVNPC5A.pdf.
- Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (2016). *O Desporto para Pessoas com Deficiência*. Consultado a 12 de setembro de 2018 do sítio: http://www.idesporto.pt/ficheiros/file/Manuais/Graul/Graul-09_DespDeficiencia.pdf.
- Fennell, E. e Dikel, T. (2001). Cognitive and neuropsychological functioning in children with cerebral palsy. *Journal of Child Neurology*, 16(1), 58-63.
- Fenton, G., D'Ardua, C., Valente, D., Vecchio, I.D., Fabrizzi, A. e Bernabei, P. (2003). Vineland adaptive behavior profiles in children with autism and moderate to severe developmental delay. *Autism*, 7(3), 269-287.
- Fernández, F., Padilla-Muñoz, E., Núñez, J. e Pérez-Gil, J. (2016). Aplicación de un nuevo programa de habilidades sociales a un grupo de adultos con discapacidad intelectual. *Revista Española de Discapacidad*, 4(2), 63-80. doi: 10.5569/2340-5104.04.02.04.
- Finlayson, J., Jackson, A., Cooper, S.-A., Morrison, J., Melville, C., ..., Mantry, D. (2009). Understanding predictors of low physical activity in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(3), 236-247. doi: 10.1111/j.1468-3148.2008.00433.x.
- Fisher, M., Griffin, M. e Hodapp, R. (2011). Intellectual Disabilities (Mental Retardation). *Encyclopedia of Adolescence*, 1, 193-201. doi: 10.1016/B978-0-12-373915-5.00025-5.
- Fombone, E. (2005). The changing epidemiology of autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 281-294. doi: 10.1111/j.1468-3148.2005.00266.x.
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 3(2), 125-140.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem* (1ªed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010a). *Manual de observação psicomotora - significação psiconeurológica dos seus fatores* (3.ª edição). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18 (17), 42-52.
- Fonseca, V. e Martins, R. (2001). Prefácio. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 5-10). Cruz Quebrada: Edições FMH.

- Fragala-Pinkham, M., Haley, S.M. e O'Neil, M.E. (2010). Summative evaluation of a pilot aquatic exercise program for children with disabilities. *Disability and health journal*, 3(3), 162-170. doi: 10.1016/j.dhjo.2009.11.002.
- Friedman, C. e Rizzolo, M. (2018). Friendship, quality of life, and people with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30(1), 39-54. doi: 10.1007/s10882-017-9576-7.
- Gardener, H., Spiegelman, D. e Buka, S.L. (2009). Prenatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 7-14. doi: 10.1192/bjp.bp.108.051672.
- Geytenbeek, J. (2002). Evidence for effective hydrotherapy. *Physiotherapy*, 88(9), 514-529.
- Godde, A., Tsao, R., Gepner, B. e Tardif, C. (2018). Characteristics of handwriting wuality and speed in adults with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 46, 19-28, doi: 10.1016/j.rasd.2017.11.005.
- Goldman, S. e Greene, P. (2013). Stereotypies in autism: a video demonstration of their clinical variability. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 6 (121), 1-5. doi: 10.3389/fnint.2012.00121.
- Goldman, S., Wang, C., Salgado, M., Greene, P., Kim, M. e Rapin, I. (2008). Motor stereotypies in children with autism and other developmental disorders. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 51(1), 30-38. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03178.x.
- Gouveia, L., Alves, P. e Teixeira, S. (2008). Comunicação, linguagem e fala - o papel da terapia na interação social. *Revista Diversidades*, 6 (22), 14-18.
- Green, D., Charman, T., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T.,..., Baird, G. (2009). Impairment in movement skills of children with autistic spectrum disorders. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 51, 311-316. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03242.x.
- Güvendi, B. e İlhan, E.L. (2017). Effects of adapted physical activity applied on intelectual disability students toward level of emotional adjustment, self-managingand the socialization: Parent and teacher interactive research. *International Journal of Human Sciences*, 14(4), 3879-3894. doi: 10.14687/jhs.v14i4.4812.
- Hallmayer, J., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., Torigoe, T., ... Risch, N. (2011). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*, 68 (11), 1095-1102. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.76.
- Harries, J., Guscia, R., Nettelbeck, T. e Kirby, N. (2009). Impact of additional disabilities on adaptive behavior and support profiles for people with intellectual disabilities. *The American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114 (4), 237-253. doi: 10.1352/1944-7558-114.4.237-253.
- 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.
- Hassani, A., Kotzamanidou, M., Tsimaras, V., Lazaridis, S., Kotzamanidis, C. e Patikas, D. (2014). Differences in counter-movement jump between boys with and without intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1433-1438, doi: 10.1016/j.ridd.2014.03.034.

- Hastings, R., Beck, A., Daley, D. e Hill, C. (2005). Symptoms of ADHD and their correlates in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 26(5), 456-468.
- Heller, T., McCubbin, J.A., Drum, C. e Peterson, J. (2011). Physical Activity and Nutrition Health Promotion Interventions: What is Working for People With Intellectual Disabilities?. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(1), 26-36. doi: 10.1352/1934-9556-49.1.26.
- Hemmings, C.P., Gravestock, S., Pickard, M. e Bouras, N. (2006). Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 269-276. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00827.x.
- Henderson, S. e Sugden, D. (1992). *Movement Assessment Battery for Children manual*. London: The Psychological Corporation Ltd.
- Hilgenkamp, T., van Wijck, R. e Evenhuis, H. (2011). (Instrumental) activities of daily living in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1977-1987. doi: 10.1016/j.ridd.2011.04.003.
- Hinchcliffe, A. (2007). What is cerebral palsy and how does it affect children?. In A. Hinchcliffe (Eds.), *Children with Cerebral Palsy: A Manual for Therapists, Parents and Community Workers* (10-18). New Delhi: Sage Publications.
- Hockin, J., Pearson, A. e McNeil, J. (2013). Physiotherapy to improve gross motor skills in people with intellectual disability: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews e Implementation Reports*, 11(12), 94-108. doi: 10.11124/jbisrir-2013-1180.
- Hodapp, R.M., Jacob, A. e Zigler, E. (1998). Developmental approaches to mental retardation: A short introduction. In J. Burack, R. Hodapp e E. Zigler (Eds.), *Handbook of Mental Retardation and Development* (3-19). USA: Cambridge University Press.
- Houwen, S., Visser, L., van der Putten, A. e Vlaskamp, C. (2016). The interrelationships between motor, cognitive, and language development in children with and without intellectual and development. *Research in Developmental Disabilities*, 53-54, 19-31. doi: 10.1016/j.ridd.2016.01.012.
- Hutzler, Y. e Sherrill, C. (2007). Defining adapted physical activity: international perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(1), 1-20. doi: <https://doi.org/10.1123/apaq.24.1.1>.
- International Federation for Adapted Physical Activity [IFAPA] (2014). *Definition of adapted physical activity*. Retirado a 19 de outubro de 2018 de: <http://ifapa.net/definition/>.
- International Korfball Federation [IKF] (2017). *The Rules of Korfball*. Retirado a 13 de novembro de 2018 de <https://ikf.org/wp-content/uploads/2017/09/The-Rules-of-Korfball-v-2017-09-01-2.pdf>.
- International Korfball Federation [IKF] (2018). Korfball: Sport in the Mixed Zone. Retirado a 13 de novembro de 2018 de <https://ikf.org/ikf/coachingkorfball/arxiu/brochure-IKF.pdf>.
- Jacobson, J., Mulick, J., e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media.
- Jahnsen, R., Villien, L., Egeland, T., Stanghelle, J. e Holm, I. (2004). Locomotion skills in adults with cerebral palsy. *Clinical Rehabilitation*, 18(3), 309-316. doi: 10.1191/0269215504cr735oa.
- Jenks, K., de Moor, J., van Lieshout, E., Maathuis, K., Keus, I., e Gorter, J. (2007). The effect of cerebral palsy on arithmetic accuracy is mediated by working memory,

- intelligence, early numeracy, and instruction time. *Developmental Neuropsychology*, 32(3), 861-879. doi: 10.1080/87565640701539758.
- Johnson, A. (2002). Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe. *Developmental Medicine and Children Neurology*, 44(9), 633-640.
- Johnson, C., Myers, S. e Council On Children With Disabilities (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *American Academy of Pediatrics*, 120(5), 1183-1215. doi: 10.1542/peds.2007-2361.
- Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D. e Marlow, N. (2010). Autism spectrum disorders in extremely preterm children. *Journal of Pediatrics*, 156(4), 525-531. doi: 10.1016/j.jpeds.2009.10.041.
- Kahng, S., Iwata, B.A. e Lewin, A.B. (2002). Behavioral treatment of self-injury, 1964 to 2000. *American Journal on Mental Retardation*, 107(3), 212-221.
- Kanne, S., Gerber, A., Quirnbach, L., Sparrow, S., Cicchetti, D. e Saulnier, C. (2011). The role of adaptive behavior in autism spectrum disorders: implications for functional outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), 1007-1018. doi: 10.1007/s10803-010-1126-4.
- Kemp, C. e Carter, M. (2002). The social skills and social status of mainstreamed students with intellectual disabilities. *Educational Psychology*, 22(4), 391-411. doi: 10.1080/0144341022000003097.
- Kirk, H., Gray, K., Riby, D., e Cornish, K. (2015). Cognitive training as a resolution for early executive function difficulties in children with intellectual disabilities. *Developmental Disabilities*, 38, 145-160. doi:10.1016/j.ridd.2014.12.026.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R., Volkmar, F. e Cohen, D. (2002). Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. *Archives of general psychiatry*, 59(9), 809-816.
- Kolk, A. e Talvik, T. (2000). Cognitive outcome of children with early-onset hemiparesis. *Journal of Child Neurology*, 15(9), 581-587.
- Koman, L., Smith, B. e Shilt, J. (2004). Cerebral palsy. *Lancet*, 363(9421), 1619-1631. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16207-7.
- Krageloh-Mann, I. e Cans, C. (2009). Cerebral palsy update. *Brain e Development*, 31, 537-544. doi: 10.1016/j.braindev.2009.03.009.
- Krigger, K. (2006). Cerebral palsy: an overview. *American Family Physician*, 73(1), 91-100.
- Kwok, H.W., To, Y.F. e Sung, H.F. (2003). The application of a multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities-Hong Kong experience. *Hong Kong Medical Journal*, 9(2), 122-126.
- Ladd, G.W. e Pettit, G.S. (2002). Parenting and the Development of Children's Peer Relationships. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting – Volume 5 – Practical Issues in Parenting* (269-310). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, R., Koegel, L., Ashbaugh, K., Register, A., Ence, W. e Smith, W. (2010). Physical exercise and individuals with autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(4), 565-576. doi: 10.1016/j.rasd.2010.01.006.
- Lemay, M., Lê, T. e Richer, F. (2010). Effects of a secondary task on postural control in children with Tourette Syndrome. *Gait e Posture*, 31 (3), 326-330, doi: 10.1016/j.gaitpost.2009.11.017.
- Levitas, A., Dykens, E., Finucane, B., e Kates, W. R. (2007). Behavioral phenotype of genetic disorders. Em R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki, e M. First, *Diagnostic*

Manual- Intellectual Disability: A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability (33-62). Kingston, New York: National Association for the Dually Diagnosed.

Levy, S., Mandell, D. e Schultz, R. (2009). Autism. *Lancet*, 374(9701), 1627-1638. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61376-3.

Llaneza, D., DeLuke, S., Batista, M., Crawley, J., Christodulu, K. e Frye, C. (2010). Communication, interventions, and scientific advances in autism: a commentary. *Physiology and Behavior*, 100(3), 268–276. doi: 10.1016/j.physbeh.2010.01.003.

Lloyd, M., MacDonald, M. e Lord, C. (2013). Motor skills of toddlers with autism spectrum disorders. *Autism*, 17(2), 133-146. doi: 10.1177/1362361311402230.

Lopez-Basterretxea, A., Mendez-Zorrilla, A. e Garcia-Zapirain, B. (2014). A telemonitoring tool based on serious games addressing money management skills for people with intellectual disability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 2361-2380. doi: 10.3390/ijerph110302361.

Lotan, M., Gold, C. e Yalon-Chamovitz, S. (2009). Reducing challenging behavior through structured therapeutic intervention in the controlled multi-sensory environment (Snoezelen). Ten case studies. *International Journal on Disability and Human Development*, 8(4), 1-16. doi: 10.1515/IJDHD.2009.8.4.377.

Luckasson, R. e Schalock, R. (2012). The role of adaptive behavior in a functionality approach to intellectual disability. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo: Dez anos depois*. Cruz Quebrada: Edições FMH.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A.,..., Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definitions, Classification and Systems of Supports*. 10th Edition. AAMR.

MacDonald, M., Esposito, P. e Ulrich, D. (2011). The physical activity patterns of children with autism. *BMC Research Notes*, 4(1), 1-5. doi: 10.1186/1756-0500-4-422.

MacDonald, R., Green, G., Mansfield, R., Geckeler, A., Gardenier, N.,..., Sanchez, J. (2007). Stereotypy in young children with autism and typically developing children. *Research in Developmental Disabilities*, 28(3), 266-177. doi: 10.1016/j.ridd.2006.01.004.

Manning-Courtney, P., Murray, D., Currans, K., Johnson, H., Bing, N.,..., Messerschmidt, T. (2013). Autism spectrum disorders. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 43(1), 2-11. doi: 10.1016/j.cppeds.2012.08.001.

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.

Martin, J.J. (2013). Benefits and barriers to physical activity for individuals with disabilities: a social-relational model of disability perspective. *Disability and Rehabilitation*, 35(24), 2030-2037. doi: 10.3109/09638288.2013.802377.

Martin, N., Piek, J., Baynam, G., Levy, F. e Hay, D. (2010). An examination of the relationship between movement problems and four common developmental disorders. *Human Movement Science*, 29, 799-808. doi: 10.1016/j.humov.2009.09.005.

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* (pp. 29-40). Cruz Quebrada: Edições FMH.

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

- Matson, J., Dempsey, T. e LoVullo, S. (2009). Characteristics of social skills for adults with intellectual disability, autism and PDD-NOS. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 207-213. doi: 10.1016/j.rasd.2008.05.006.
- McIntyre, S., Taitz, D., Keogh, J., Goldsmith, S.,..., Blair, E. (2012). A systematic review of risk factors for cerebral palsy in children born at term in developed countries. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 55(6), 499-508. doi: 10.1111/dmnc.12017.
- Mey, S., Cheng, L. e Ching, L. (2015). The effect of a multisensory program on children with autism. *International Journal of Child Development and Mental Health*, 3(2), 36-47.
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J. (2011). *Examen Géroto Psychomoteur - Manuel D'Application*. Paris: Hogrefe.
- Michelsen, S., Flachs, E., Uldall, P., Eriksen, E., McManus, V.,..., Colver, A. (2009). Frequency of participation of 8–12-year-old children with cerebral palsy: A multi-centre cross-sectional European study. *European Journal of Paediatric Neurology*, 13(2), 165-177. doi: 10.1016/j.ejpn.2008.03.005.
- Ming, X., Brimacombe, M., Chaaban, J., Zimmerman-Bier, B. e Wagner, G. (2008). Autism spectrum disorders: concurrent clinical disorders. *Journal of Child Neurology*, 23(1), 6-13.
- Moeschler, J. e Shevell, M. (2014). Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delay. *American Academy of Pediatrics*, 134 (3), 903-918. doi:10.1542/peds.2014-1839.
- Morais, A., Novais, R. e Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 5, 41-49.
- 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*, IV(14), 51-55.
- Morato, P. e Santos, S. (2012). Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. A mudança de Paradigma na concepção de Deficiência Mental. In I. Sanches, M. Costa, A. Mota e A Santos (org). *Para uma Educação Inclusiva: dos conceitos às práticas*. (11-17) CEIFF. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnológica. (ebook).
- Moreno-De-Luca, A., Ledbetter, D. e Martin, C. (2012). Genetic insights into the causes and classification of the cerebral palsies. *The Lancet Neurology*, 11, 283-292. doi: 10.1016/S14744422(11)70287-3.
- National Institute of Mental Health [NIMH] (2011). *A Parent's Guide to Autism Spectrum Disorder*, U.S. Department of Health and Human Services. Retirado a 24 de janeiro de 2018 de <https://www.autism-watch.org/general/nimh.pdf>.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS] (2013). Cerebral Palsy: Hope Through Research. Retirado a 29 de dezembro de 2017 de <https://catalog.ninds.nih.gov/pubstatic//13-159/13-159.pdf>.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders [NIDCD] (2016). Autism Spectrum Disorder: Communication Problems in Children [fact sheet]. Retirado a 12 de dezembro de 2017 de <https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/publications/pubs/AutismSpectrumDisorder-508.pdf>.
- Newschaffer, C., Croen, L., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J.,..., Windham, G. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health*, 28, 235-258. doi: 10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144007.
- Nieuwenhuijzen, M. e Vriens, A. (2012). (Social) Cognitive skills and social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 436-434. doi: 10.1016/j.ridd.2011.09.025.

Nickel, R. e Petersen, M. (2008). Cerebral Palsy. In M. Nolraich, P. Dworkin, D. Drotar, e E. Perrin (Eds.), *Developmental-Behavioral Pediatrics: Evidence and Practice* (483-485). Filadélfia: Mosby Elsevier.

Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2016). Documento fornecido pela coordenação de curso (documento não publicado).

Novak, I., Hines, M., Goldsmith, S., e Barclay, R. (2012). Clinical prognostic messages from a systematic review on cerebral palsy. *Pediatrics*, 130(5), 1285-1312. doi: 10.1542/peds.2012-0924.

Numminen, H., Service, E., e Ruoppila, I. (2002). Working memory, intelligence and knowledge base in adult persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 105–118, doi: 10.1016/S0891-4222(02)00089-6.

Odding, E., Roebroek, M. e Stam, H. (2006). The epidemiology of cerebral palsy: Incidence, impairments and risk factors. *Disability and Rehabilitation*, 28(4), 183-191. doi: 10.1080/09638280500158422

Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T., Coutinho, A.M.,..., Vicente, A.M. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(10), 726-733, doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.00726.x

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)*. Lisboa: Direção-geral da Saúde.

Oskoui, M., Coutinho, F., Dykeman, J., Jette, E., e Pringsheim, T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(6), 509-519. doi: 10.1111/dmcn.12080.

Østensjø, S., Carlberg, E. e Vøllestad, N. (2003). Everyday functioning in young children with cerebral palsy: functional skills, caregiver assistance, and modifications of the environment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45(9), 603-612.

Pan, C.-Y. (2010). Effects of water exercise swimming program on aquatic skills and social behaviors in children with autism spectrum disorders. *Autism*, 14(1), 9-28. doi: 10.1177/1362361309339496.

Pan, C.-Y. e Frey, G.C. (2006). Physical activity patterns in youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 597-606. doi: 10.1007/s10803-006-0101-6.

Parkes, J., Hill, N., Platt, M. e Donnelly, C. (2010). Oromotor dysfunction and communication impairments in children with cerebral palsy: a register study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(12), 1113-1119. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03765.x.

Parkes, J., McCullough, N. e Madden, A. (2010). To what extent do children with cerebral palsy participate in everyday life situations?. *Health and Social Care in the Community*, 18(3), 304-315. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00908.x.

Parkes, J., White-Koning, M., Dickinson, H., Thyen, U., Arnaud, C.,..., Colver, A. (2008). Psychological problems in children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 405-413. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01845.x.

Pennington, L., Goldbart, J. e Marshall, J. (2004). Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, 1-34.

Pessoa, P., Yázigli, F. e Gama, R. (2016). *Natação*. Seixal: APCAS.

- Pestana, M., Barbieri, F., Vitório, R., Figueiredo, G. e Castro, E. (2018). Effects of physical exercise for adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Physical Education*, 29, 1-16. doi: 10.4025/jphiseduc.v29i1.2920.
- Peterson, M., Ryan, J., Hurvitz, E. e Mahmoudi, E. (2015). Chronic conditions in adults with cerebral palsy. *JAMA*, 314(21), 2303-2305. doi: 10.1001/jama.2015.11025.
- Polišenská, K., Kapalková, S. e Novotková, M. (2018). Receptive language skills in slovak-speaking children with intellectual disability: Understanding Words, Sentences, and Stories. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(7), 1731-1742. doi: 10.1044/2018_JSLHR-L-17-0029.
- Poppes, P., van der 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.
- Presmanes, A., Zuckerman, K.E. e Fombonne, E. (2015). Obesity and Autism. *Pediatrics*, 136(6), 1051-1061. doi: 10.1542/peds.2015-1437.
- Provost, B., Lopez, B. e Heimerl, S. (2006). A comparison of motor delays in young children: autism spectrum disorder, developmental delay, and developmental concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 321-328, doi: 10.1007/s10803-006-0170-6.
- Reddihough, D. e Collins, K. (2003). The epidemiology and causes of cerebral palsy. *Australian Journal of Physiotherapy*. 49(1):7-12. doi: 10.1016/S0004-9514(14)60183-5.
- Rethlefsen, S., Blumstein, G., Kay, R., Dorey, F. e Wren, T.. (2017). Prevalence of specific gait abnormalities in children with cerebral palsy revisited: influence of age, prior surgery, and Gross Motor Function Classification System level. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(1), 79-88. doi: 10.1111/dmcn.13205.
- Rice, K., Moriuchi, J., Jones, W. e Klin, A. (2012). Parsing heterogeneity in autism spectrum disorders: visual scanning of dynamic social scenes in school-aged children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(3), 238-248. doi: 10.1016/j.jaac.2011.12.017.
- Rimmer, J. (2001). Physical fitness levels of persons with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43(3), 208-212.
- 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.
- Rodrigues D. (1998). *Corpo, Espaço e Movimento – A Representação Espacial do Corpo em Crianças com Paralisia Cerebral*. Instituto Nacional de Investigação Científica. Lisboa.
- Rodríguez, M. e Llauradó, M. (2010). Estimulación multisensorial en un espacio snoezelen: concepto y campos de aplicación. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4) 236, 22-32.
- Rojahn, J. e Meier, L. (2009). Epidemiology of Mental Illness and Maladaptive Behavior in Intellectual Disabilities. In R.M. Hodapp (Ed.), *International Review of Research in Mental Retardation* (pp. 239-287). United States of America: Elsevier Inc.
- Rosenbaum, P. (2003) Cerebral palsy: what parents and doctors want to know. *BMJ*, 326, 970-974. doi: 10.1136/bmj.326.7396.970.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Goldstein, M. e Bax, M. (2007). A report: The definition and classification of cerebral palsy april 2006. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 49, 8-14. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x.

- Rosti, R., Sadek, A., Vaux, K. e Gleeson, J. (2013). The genetic landscape of autism spectrum disorders. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 56(1), 4-96. doi: 10.1111/dmcn.12278.
- Rotta, N. (2002). Paralisia cerebral: novas perspectivas terapêuticas. *Jornal de pediatria*, 78 (suppl. 1): S48-S54.
- Salvador-Carulla, L., Reed, G., Vaez-Azizi, L., Cooper, S., Martinez-Leal, R. ... Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175-180.
- Sánchez, F. e Abreu, M. (2010). Benefícios da terapia de snoezelen em utentes com demência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 7-18.
- Sandberg, A. (2006). Reading and spelling abilities in children with severe speech impairments and cerebral palsy at 6, 9, and 12 years of age in relation to cognitive development: a longitudinal study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48, 629-634. doi: 10.1017/S0012162206001344
- Sankar, C. e Mundkur, N. (2005) Cerebral palsy: definition, classification, etiology and early diagnosis. *Indian Journal of Pediatrics*, 72(10):865-8.
- Santos, S. (2010). A DID (Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental) na atualidade... *Revista Educação Inclusiva*, 1(2), 1-15.
- 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. (2018). Alunos com Dificuldades Intelectuais na sala de aula: que educação? In Miranda Correia (Org.). *Educação Inclusiva e Necessidades Especiais* (101-120). Coleção Diversidade e Inclusão. Flora Editora
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial nº8. Porto Editora.
- Santos, S. e Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa* (documento não publicado).
- Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações portuguesas com dificuldade intelectual e desenvolvimental, *A Psicomotricidade*, 9, 21-31.
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(1), 3-16.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). A escala de comportamento adaptativo – versão portuguesa. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo Dez anos depois* (83-100). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Santos, S. e Morato, P. (2012c). A Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa como um instrumento fundamental na avaliação da Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. in E. Mendes e M. Almeida (org). *Dimensões Pedagógicas nas Práticas de Inclusão Escolar*. Coleção Inclusão Escolar. Volume 2: 197-214. Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Marília, Brasil.
- Santos, S. e Morato, P. (2012d). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem dificuldade intelectual e desenvolvimental. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento adaptativo – Dez anos depois* (101-120). Cruz Quebrada: FMH Edições.

- Santos, S. e Morato, P. (2012e). G nero e Comportamento Adaptativo. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo: Dez anos depois* (121-131). Cruz Quebrada: Edi es FMH
- Santos, S. e Morato, P. (2012f). Idade e Comportamento Adaptativo. In S. Santos e P. Morato (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. (133-147). Cruz Quebrada: FMH Edi es
- Santos, S. e Morato, P. (2012g). O Comportamento Adaptativo em Portugal por regi o. in S. Santos e P. Morato (Edts). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois* (149-165). Cruz Quebrada: Edi es FMH.
- Santos S. e Morato, P. (2012h). O Comportamento Adaptativo em Portugal. In S. Santos e P. Morato (Eds.) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (19-32). Cruz Quebrada: FMH Edi es.
- 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: 10.1352/1934-9556-52.5.379.
- Schaefer, G. e Mendelsohn, N. (2013). Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. *Genetics in Medicine*, 15(5), 399–407. doi:10.1038/gim.2013.32.
- Schalock, R. (2002). Perspective: What’s in a name? *Mental Retardation*, 40(1), 59-61. doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0059:WIAN>2.0.CO;2.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, ..., Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability – Definition, Classification, and Systems of Supports*. AAIDD. 11^a Edi o, Washington, D.C.
- Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntix, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., Snell, M... Yeger, M.H. (2012). *User’s Guide: Intellectual Disability: definition, classification and systems of supports* (11th ed.). Washington, D.C.: AAIDD.
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V.,..., Yeager, M. (2007). The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116-124, doi: 10.1352/1934-9556(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2.
- Schenker, R., Coster, W. e Parush, S. (2005). Neuroimpairments, activity performance, and participation in children with cerebral palsy mainstreamed in elementary schools. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(12), 808-814, doi: 10.1017/S0012162205001714
- Sgaramella, T., Carrieri, L. e Barone, C. (2012). A screening battery for the assessment of executive functioning in young and adult individuals with intellectual disability. *International Journal on Disability and Human Development*, 11(1): 31–37 doi: 10.1515/IJDHD.2012.013.
- Shetreat-Klein, M., Shinnar, S. e Rapin, I. (2012). Abnormalities of joint mobility and gait in children with autism spectrum disorders. *Brain e Development*, 36(2), 1-6. doi:10.1016/j.braindev.2012.02.005.
- Sigurdardottir, S., Eiriksdottir, A., Gunnarsdottir, E., Meintema, M., Arnadottir, U. e Vik, T. (2008). Cognitive profile in young Icelandic children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(5), 357-362. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.02046.x
- Silva, F., Ver ssimo, J., Carneiro, M., Felix, S. e Santos, S. (2018). Comportamento autoabusivo em crian as e jovens com DID. *Revista de Educa o Especial e Reabilita o* (no prelo)

- Silvia, T. e Ofelia, P. (2013). Aspects on the motor and psychomotor development of the child with intellectual disabilities. *Science, Movement and Health*, 13 (2), 551-557. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.02.266.
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Molina, E.J., Sage, M.,..., Groeneweg, J. (2004). Effects of snoezelen room, activities of daily living skills training, and vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 25(3), 285-293. doi:10.1016/j.ridd.2003.08.003.
- Smiley, E., Cooper, S.-A., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L.,..., Morrison, J. (2007). Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 191, 313-319. doi: 10.1192/bjp.bp.106.031104.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria, Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral e Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (2013). *Vigilância nacional da paralisia cerebral aos 5 anos de idade*.
- Sorensen, C. e Zarrett, N. (2014). Benefits of physical activity for adolescents with autism spectrum disorders: a comprehensive review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1(4), 344-353. doi: 10.1007/s40489-014-0027-4.
- Sowa, M. e Meulenbroek, R. (2012). Effects of physical exercise on Autism Spectrum Disorders: A meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 46-57. doi: 10.1016/j.rasd.2011.09.001.
- Stadele, N. e Malaney, L.A. (2001). The effects of a multisensory environment on negative behavior and functional performance on individuals with autism. *Journal of Undergraduate Research*, 4, 211-232.
- Stan, A. (2012). The benefits of participation in aquatic activities for people with disabilities. *Medicina Sportiva*, 8(1), 1737-1742.
- Staples, K. e Reid, G. (2010). Fundamental movement skills and autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 209-217. doi: 10.1007/s10803-009-0854-9.
- Steele, A., Karmiloff-Smith, A., Cornish, K., e Scerif, G. (2012). The multiple subfunctions of attention: differential developmental gateways to literacy and numeracy. *Child Development*, 83(6), 2028-2041. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01809.x.
- Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I. e Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: a replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research in Adolescence*, 16(1), 47-58. doi: 10.1111/j.1532-7795.2006.00119.x.
- Stone, W., Ousley, O., Yoder, P., Hogan, K. e Hepburn, S. (1997). Nonverbal communication in two and three-year-old children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(6), 677-696. doi: 10.1023/A:1025854816091.
- Straub, K. e Obrzut, J. (2009). Effects of cerebral palsy on neuropsychological function. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21, 153-167. doi: 10.1007/s10882-009-9130-3.
- Strömmland, K., Nordin, V., Miller, M., Åkerström, B. e Gillberg, C. (1994). Autism in thalidomide embryopathy: a population study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, 351-356.
- Surman, G., Newdick, H. e Johnson, A. (2003). Cerebral palsy rates among low-birthweight infants fell in the 1990s. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45(7), 456-462.

Surveillance of Cerebral Palsy in Europe [SCPE] (2000) Surveillance of cerebral palsy in Europe: A collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Medicina neurológica da criança*; 42: 816-24.

Symons, F., Sperry, L., Dropik, P. e Bodfish, J. (2005). The early development of stereotypy and self-injury: a review of research methods. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(2), 144-158. doi: 10.1111/j.1365-2788.2004.00632.x.

Tallet, J., Albaret, J. e Barral, J. (2013). Developmental changes in lateralized inhibition if symmetric movements in children with and without Developmental Coordination Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34 (9), 2523-2532. doi: 10.1016/j.ridd.2013.05.020.

Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, 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., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M. e Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Tomanik, S., Pearson, D., Loveland, K., Lane, D. e Shaw, J. (2007). Improving the reliability of autism diagnoses: examining the utility of adaptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 921-928, doi:10.1007/s10803-006-0227-6

Tosi, L., Maher, N., Moore, D., Goldstein, M. e Aisen, M. (2009). Adults with cerebral palsy: a workshop to define the challenges of treating and preventing secondary musculoskeletal and neuromuscular complications in this rapidly growing population. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51(4), 2-11. doi: 10.1111/j.1469-8749.2009.03462.x.

United States Department of Health and Human Services (USDHHS). (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: USA.

Valk, H., Metsemakers, J., Haveman, M. e Crebolder, H. (2000). Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. *Family Practice*, 17(5), 405- 407.

van Asselt-Goverts, A., Embregts, P., Hendriks, A., Wegman, K. e Teunisse, J. (2015). Do social networks differ? Comparison of the social networks of people with intellectual disabilities, people with autism spectrum disorders and other people living in the community. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(5), 1191-1203. doi: 10.1007/s10803-014-2279-3.

van Waelvelde, H., Oostra, A., Dewitte, G., Van Den Broeck, C. e Jongmans, M. (2010). Stability of motor problems in young children with or at risk of autism spectrum disorders, ADHD, and or developmental coordination disorder. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 52(8), 174-178. doi: 10.1111/j.1469-8749.2009.03606.x.

Verschuren, O., Peterson, M.D., Balemans, A.C.J. e Hurvitz, E.A. (2016). Exercise and physical activity recommendations for people with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 58(8), 798-808. doi: 10.1111/dmcn.13053.

Viegas, P.M. (2003). Snoezelen – Um recurso para o Psicomotricista.... *A psicomotricidade*, 1(1), 61-70.

Vieira, J. L. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspetivas OnLine*, 3 (11), 64-68.

Voorman, J., Dallmeijer, A., Van Eck, M., Schuengel, C., e Becher, J. (2009). Social functioning and communication in children with cerebral palsy: association with disease

- characteristics and personal and environmental factors. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(5), 441-447. doi: 10.1111/j.1469-8749.2009.03399.x.
- Vos, R., Dallmeijer, A., Verhoef, M., Van Schie, P., Voorman, J., ..., Becher, J. (2014). Developmental trajectories of receptive and expressive communication in children and young adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(10), 951-959. doi: 10.1111/dmnc.12473.
- 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 (part 11), 955-965. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x.
- Walsh, K. (2002). Thoughts on changing the term mental retardation. Symposium: What's in a name?. *Mental Retardation*, 40(1), 70-75. doi: /10.1352/0047-6765(2002)040<0070:TOCTTM>2.0.CO;2.
- Wang, Z., Hallac, R., Conroy, K., White, S., Kane, A. ..., Mosconi, M. (2016). Postural orientation and equilibrium processes associated with increased postural sway in autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 8(43), 1-17. doi: 10.1186/s11689-016-9178-1.
- Watson, L., Blair, E. e Stanley, F. (2006). *Report of the Western Australian Cerebral Palsy Register to birth year 1999*. Perth (Australia): Telethon Institute for Child Health Research.
- Watson, L., Crais, E., Baranek, G., Dykstra, J. e Wilson, K. (2013). Communicative gesture use in infants with and without autism: a retrospective home video study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22(1), 25-39. doi: 10.1044/1058-0360(2012/11-0145).
- Watt, N., Wetherby, A., Barber, A. e Morgan, L. (2008). Repetitive and stereotyped behaviors in children with autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(8), 1518-1533. doi: 10.1007/s10803-007-0532-8.
- Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Shalock, R. ... Yeagner, M. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318. doi: 10.1352/2008.46:311-318.
- Wenar, C. e Kerig, P (2006) *Developmental Psychopathology from Infancy through Adolescence*. New York: McGraw Hill.
- Werder, J. K., e Bruininks, R. H. (1988). *Body Skills: A motor development curriculum for children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Westendorp, M., Houwen, S., Hartman, E. e Visscher, C. (2011). Are gross motor skills and sports participation related in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1147-1153. doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.009.
- Winnick, J.P. (2011). *Adapted Physical Education and Sport* (5th ed.). United States of America: Human Kinetics.
- Winter, S. (2007). Cerebral Palsy. In J. Jacobson, J. Mulick e J. Rojahn (Eds.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (61-80). New York: Springer.
- Wolf, S., Wolf, C. e Oakland, T. (2010). Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. *Intellectual And Developmental Disabilities*. 48(3): 209-215. doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209.

World Health Organization [WHO] (2007). *Intellectual disability – A manual for CBR workers*. New Delhi: World Health Organisation. Retirado a 23 de novembro de 2017 http://www.searo.who.int/entity/mental_health/documents/sea-rehab-77rev1.pdf?ua=1.

World Health Organization [WHO] (2015). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)- 2015-WHO Version*. Consultado a 19 de janeiro de 2018 em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F70-F79>

Wuang, Y., Wang, C-C., Huang, M-H. e Su, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (part 12): 1048-1060. doi: 10.1111/j.13652788.2008.01096.x.

Yilmaz, I., Ergun, N., Konukman, F., Agbuga, B., Zorba, E., e Cimen, Z. (2009). The effect of water exercise and swimming on physical fitness of children with mental retardation. *Journal of Human Kinetics*, 21(1), 105–111. doi:10.2478/v10078-09-0013-6.

Young, R., Brewer, N. e Pattison, C. (2003). Parental identification of early behavioural abnormalities in children with autistic disorder. *Autism: the international journal of research and practice*, 7(2), 125-143, doi: 10.1177/1362361303007002002

Zikl, P., Holoubková, N., Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross motor skills of children with mild intellectual disabilities. *International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering*, 7(10), 2789-2795.

Anexos

Anexo A - Exemplo de Sessão e Relatório de AMA

Local: Ginásio da AFID	Data: 20/04/2018	Duração: 14h15 – 15h00 (Quarenta e Cinco Minutos)
Grupo: Grupo de Inclusão (6 clientes)		Técnicos: Alexandra Cortiçada (Planeamento e Dinamização)

Momento da Sessão e Duração	Descrição da Atividade	Objetivos Específicos	Crítérios de Êxito	Estratégias	Material
5'					
Ativação Geral	Os clientes formam um círculo de mãos dadas. Ao sinal da estagiária estes devem saltar para a frente/trás e para a esquerda/direita.	Promover o aumento da temperatura corporal Potenciar a ativação muscular Maximizar a distinção entre esquerda/direita Desenvolver a interação entre os pares.	Conforme o sinal os clientes devem saltar para o lado correspondente sem cometer nenhum engano.	Instrução Verbal Demonstração Feedback Positivo Feedback Corretivo	-----
30'	São colocadas cadeiras (uma por cliente) ao longo do ginásio. Os clientes devem andar pelo espaço ao ritmo da música e quando esta parar devem-se deslocar de imediato para uma das cadeiras vazias. Variante: ir retirando cadeiras até sobrar uma	Desenvolver a atenção e concentração Maximizar a velocidade de reação	Assim que a música parar os clientes devem procurar uma cadeira e sentar-se.	Instrução Verbal Feedback Positivo Feedback Corretivo	-----
Corpo da Sessão	A cada cliente é dado um balão. Estes devem andar pelo espaço dando toques conforme as indicações fornecidas (e.g. mão esquerda, cotovelo direito)	Promover a agilidade dos movimentos Maximizar a coordenação dos movimentos Potenciar o equilíbrio dinâmico Desenvolver a identificação dos vários segmentos corporais Fomentar a distinção entre esquerda e direita	Tocar no balão apenas com a parte do corpo indicada sem o deixar cair.	Instrução Verbal Feedback Positivo Feedback Corretivo	Balões
	Os clientes formam uma roda no centro do ginásio e sentam-se numa bola de pilates, de frente uns para os outros e passam um balão uns para os outros sem que este caia ao chão.	Promover a agilidade dos movimentos Melhorar a coordenação de movimentos Potenciar o equilíbrio estático Potenciar a interação entre pares	Manter uma posição de equilíbrio na bola de pilates sem deixar cair o balão	Instrução Verbal Demonstração Feedback Positivo Feedback Corretivo	Balão Bola de Pilates
	Os clientes juntam-se a pares de transportam uma bola de pilates com as costas e a barriga sem a deixarem cair. Variante: trocar os pares de modo a que todos realizem a atividade com todos	Promover a agilidade dos movimentos Melhorar a coordenação de movimentos Potenciar a interação entre pares Fomentar a cooperação entre pares	Manter a bola entre os corpos sem lhe tocar com as mãos e sem a deixar cair.	Instrução Verbal Demonstração Feedback Positivo Feedback Corretivo Ajuda Física Parcial	Bola de Pilates
10'	Com os clientes deitados no colchão em decúbito ventral a estagiária passa uma bola de pilates sobre as suas costas, realizando movimentos de oscilação e de pressão.	Promover a diminuição da temperatura corporal Potenciar o retorno à calma.	Os clientes devem permanecer imóveis e em silêncio	Indução	Bola Música
Retorno à Calma					

A sessão de hoje realizou-se no ginásio da instituição, teve a duração habitual de 45 minutos e contou com 5 clientes. Todos eles realizaram a totalidade das atividades com exceção da M que, devido a dores na coluna, pediu para se sentar em alguns momentos.

Na atividade inicial a estagiária começou por pedir que cada cliente identificasse a sua mão direita e a sua mão esquerda, não tendo o P, o J e a M identificado corretamente. Deste modo a estagiária optou por se juntar à roda, colocando-se entre o J e o P e colocando a M junto a um dos outros clientes. Posteriormente, o P não apresentou dificuldades na execução da tarefa, no entanto a M e o J nem sempre saltavam para o lado correto.

Na primeira atividade do corpo da sessão quase todos os clientes foram capazes de se deslocar para uma cadeira assim que a música parasse. É de se salientar que o P (estudo de caso) foi o último cliente a ficar sem cadeira (a avaliação inicial revelou um tempo de reação elevado). Este foi também capaz de se deslocar num ritmo mais acelerado, algo que nem sempre ocorre. Por fim, o J necessitou sempre que a estagiária lhe dissesse que se devia sentar na cadeira, deslocando-se apenas nessa altura para uma delas.

Na atividade individual realizada com o balão, o P, o J e a M necessitaram que a estagiária lhes indicasse quais os segmentos do lado esquerdo e do lado direito. Na execução da atividade, todos os clientes exceto o J foram capazes de manter o balão no ar utilizando apenas o segmento referido. No caso do J o principal objetivo era que este mantivesse o balão no ar, independentemente do segmento corporal que utilizasse. Neste caso verificou-se uma baixa permanência na atividade, sendo necessário pedir-lhe que a voltasse a executar, dizendo ele que a atividade era “muito difícil”.

A atividade de lançar o balão enquanto se encontravam sentados na bola de pilates decorreu sem grandes dificuldades para qualquer um dos clientes. Já na atividade de andar com a bola presa entre as costas e a barriga dos clientes houve maiores dificuldades quando esta estava presa nas costas. Em qualquer um dos casos, a bola caía menos quando a atividade era executada entre os clientes e a estagiária. No caso do J, houve a necessidade da estagiária se encostar a ele, auxiliando-o a empurrar a bola contra o corpo do colega.

A atividade de retorno à calma decorreu sem imprevistos, sendo uma componente da sessão que todos referem gostar. Aqui vale a pena salientar que enquanto que todos os restantes clientes se deitaram próximos uns dos outros, o P ficou mais afastado, junto à aparelhagem.

Anexo B - Exemplo de Sessão e Relatório de AFA (Caminhada)

Local: Jardim da AFID	Data: 16/04/2018	Duração: 14h15 – 15h00 (Quarenta e Cinco Minutos)
Grupo: Grupo Artístico e Grupo de Inclusão (6 clientes)		Técnicos: Alexandra Cortiçada (Planeamento e Dinamização)

Momento da Sessão e Duração	Descrição da Atividade	Objetivos Específicos	Crítérios de Êxito	Estratégias	Material
10'					
Momento Inicial	A estagiária acompanha os clientes entre as suas salas e o jardim, garantindo que todos têm o equipamento adequado.	Promover o cumprimento de regras Potenciar a responsabilidade	Os clientes devem ser capazes de se encontrarem com o equipamento e outros materiais essenciais à atividade (e.g. chapéu, garrafa de água)	Feedback Positivo Feedback Corretivo	-----
25'					
Corpo da Sessão	Os clientes realizam uma caminhada em grupo por todo o jardim da AFID.	Desenvolver a prática de atividade física Maximizar a capacidade cardiorrespiratória	Os clientes devem ser capazes de se deslocar autonomamente ao longo do percurso sem interromper a atividade e mantendo uma passada acelerada.	Instrução Verbal Feedback Positivo Feedback Corretivo	----
10'					
Momento Final	A estagiária acompanha os clientes de volta para a sala, certificando-se que todos bebem água.	Promover o cumprimento de regras Potenciar a responsabilidade	Os clientes devem ser capazes de se deslocarem para a sala e beberem um copo de água sem ser necessária qualquer instrução	Feedback Positivo Feedback Corretivo	----

Como é habitual, a sessão de hoje realizou-se no jardim da instituição e teve uma duração de 45 minutos. Participaram na sessão 8 clientes.

O R empenha-se mais na atividade da caminhada do que quando realiza AFA no ginásio. O contrário acontece com a FS que deu apenas duas voltas ao jardim, tendo-se sentado de seguida. Como tem vindo a acontecer a FSO não se empenhou no exercício, tendo apenas percorrido uma volta e sentando-se no banco. Foi necessário a intervenção da estagiária para que esta caminhasse mais um pouco. Tanto o JD, o JM, a M e a AR realizaram a atividade facilmente sem paragens ou necessidades de reforço. A cliente CB encontrava-se bem-disposta e participativa, no entanto, a meio da atividade saiu do jardim para trocar de camisola não tendo avisado a estagiária. Após telefonar à monitora da sala da cliente e depois da cliente chegar à sala foi-lhe solicitado que regressasse ao jardim. Nos últimos 10 minutos da atividade foi dito aos clientes que poderiam deslocar-se até ao local do jardim onde se encontravam os clientes do grupo ocupacional e permanecessem nesse espaço a descansar e interagir com os colegas.

Anexo C - Exemplo de Sessão e Relatório de Corfebol

Local: Campo de Corfebol	Data: 16/04/2018	Duração: 15h00 – 15h50 (Cinquenta Minutos)
Grupo: Grupo de Inclusão (8 clientes)		Técnicos: Alexandra Cortiçada (Planeamento e Dinamização)

Momento da Sessão e Duração	Descrição da Atividade	Objetivos Específicos	Crítérios de Êxito	Estratégias	Material
5'	Os clientes realizam uma corrida ligeira à volta do campo de corfebol durante 5 minutos.	Aumentar a temperatura corporal Potenciar o aumento do tónus	Os clientes devem ser capazes de correr durante o tempo estimulado de forma contínua.	Instrução Verbal Feedback Positivo Feedback Corretivo	-----
Ativação Geral					
40'	Os clientes posicionam-se em círculo e lançam a bola para um colega à escolha.	Promover a coordenação óculo manual Maximizar a atenção Desenvolver a velocidade de reação	Os clientes devem ser capazes de receber e lançar a bola sem a deixar cair no menor período de tempo possível.	Instrução Verbal Feedback Positivo Feedback Corretivo	Bola de Corfebol
Corpo da Sessão	Os clientes continuam posicionados em círculo, sendo que um se desloca para o centro, lançando e recebendo a bola de todos os colegas. A atividade repete-se para todos os clientes.	Promover a coordenação óculo manual Potenciar a rapidez e agilidade dos movimentos Maximizar a atenção Desenvolver a velocidade de reação	Os clientes devem ser capazes de receber e lançar a bola sem a deixar cair no menor período de tempo possível.	Instrução Verbal Feedback Positivo Feedback Corretivo	Bola de Corfebol
	Jogo da Rabia: um cliente coloca-se no centro do círculo e tenta apanhar a bola que os restantes colegas estão a passar entre si. A atividade repete-se para todos os clientes.	Promover a coordenação óculo manual Potenciar a rapidez e agilidade dos movimentos Maximizar a atenção Desenvolver a velocidade de reação	Os clientes devem ser capazes de seguir a trajetória da bola e tentar apanhá-la antes que esta chegue de novo aos clientes do círculo.	Instrução Verbal Feedback Positivo Feedback Corretivo	Bola de Corfebol
	Os clientes posicionam-se em frente aos dois cestos de corfebol e lançam a bola de modo a encestá-la.	Promover a coordenação óculo manual	Os clientes devem ser capazes de realizar o lançamento e encestar a bola	Instrução Verbal Feedback Positivo Feedback Corretivo	Bolas e Cestos de Corfebol
	Os clientes são divididos em duas equipas e jogam o jogo de corfebol segundo as regras.	Promover a coordenação óculo manual Potenciar a rapidez e agilidade dos movimentos Maximizar a atenção Desenvolver a velocidade de reação Intensificar o cumprimento de regras Fomentar a cooperação	Os clientes devem ser capazes de participar no jogo de corfebol, cumprindo todas as suas regras	Instrução Verbal Demonstração Feedback Positivo Feedback Corretivo	Bola e Cestos de Corfebol
5'	Os clientes sentam-se no banco junto ao campo de corfebol e recuperam o ritmo cardíaco normal enquanto refletem com a estagiária quais os aspetos que correram bem e quais os que têm que ser melhorados	Promover a diminuição da temperatura corporal Potenciar o retorno à calma Maximizar a capacidade de analisar as principais dificuldades e facilidades	Os clientes devem ser capazes de identificar os aspetos mais e menos positivos da sessão	Questionamento	----
Retorno à Calma					

O R não jogou devido a lesão.

O P apesar de muito comunicativo não apresentou problemas comportamentais, verificando-se mais uma vez que quando o R não está este é capaz de jogar sem perturbar os colegas e o jogo.

Verificaram-se melhorias no jogo do M, tendo este sido capaz de se desmarcar dos adversários variadas vezes. Também a R tem sido mais capaz de encestar, receber e passar a bola aos colegas, apesar de ser necessário dizer-lhe para onde se deslocar no campo.

O P e a J jogaram sem qualquer dificuldade.

Também a S teve um bom comportamento durante o jogo, não tendo desistido do jogo quando a equipa estava a perder. No final esta começou a sentir-se tonta e foi autorizada a sair do jogo. Minutos depois, a colega J voluntariou-se para levar a colega à sala, uma vez que esta tem convulsões e assim estaria mais acompanhada.

Anexo D - Exemplo de Sessão e Relatório de Natação Adaptada

Local: Piscinas da Boavista	Data: 18/04/2018	Duração: 14h00 – 15h00 (Uma Hora)
Grupo: 9 Clientes do Grupo Inicial (Grupos: Ocupacional, Artístico e Inclusão)		Técnicos: Alexandra Cortiçada (Planeamento e Dinamização)

Duração	Descrição da Atividade	Objetivos Específicos	CrITÉrios de Êxito	EstratÉgias	Material
15'	No balneário os clientes vestem o equipamento de natação, arrumam a roupa do dia-a-dia, passam pelo duche e deslocam-se até ao cais da piscina, esperando pela indicação de entrada.	Promover a capacidade para vestir e despir de forma autónoma Desenvolver o cumprimento das regras da piscina	Os clientes despem a roupa e vestem o equipamento de natação sem necessidade de apoio físico. Passam pelo duche e esperam pela indicação de entrada sem necessidade de instrução	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo	-----
5'	Os clientes entram na piscina pelas escadas e encostam-se à parede.	Promover o cumprimento das regras de segurança Potenciar a entrada autónoma na piscina	Os clientes entram na piscina pelas escadas, descendo de costas para a água. Permanecem junto à parede da piscina até a estagiária dar início à sessão	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo	-----
5'	Os clientes deslocam-se ao longo da piscina executando golfinhos.	Maximizar a capacidade de imersão Desenvolver o controlo respiratório Promover a coordenação motora global Potenciar a autonomia no meio aquático	Os clientes colocam os braços em extensão à frente, encostam o queixo ao pescoço e saltam para a frente, imergindo na água. Realizar todo o percurso sem pausas	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo Feedback Corretivo Demonstração Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	-----
5'	Os clientes mergulham e deslocam-se horizontalmente dentro de água, passando dentro de um arco colocado na vertical.	Maximizar a capacidade de imersão Desenvolver o controlo respiratório Promover a capacidade de deslocação horizontal em imersão Potenciar a autonomia no meio aquático	Os clientes imergem dentro de água, colocam o corpo na posição de decúbito ventral e deslocam-se dentro de água passando dentro do arco sem lhe tocar.	Instrução Verbal Reforço Verbal Feedback Corretivo Demonstração Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	Arco
5'	Os clientes encostam-se à parede e quando a estagiária der sinal, realizam a extensão dos braços à frente, empurram a parede com um pé e deslocam-se ao longo da piscina deslizando à superfície.	Desenvolver o controlo respiratório Maximizar a capacidade de deslize Potenciar a autonomia no meio aquático	Os clientes colocam-se na posição indicada e deslizam mantendo o corpo à superfície	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo Feedback Corretivo Demonstração Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	-----

5'	Os clientes deslocam-se em decúbito ventral ao longo da piscina realizando o batimento alternado dos membros inferiores enquanto seguram uma prancha acima da cabeça.	Desenvolver o controlo respiratório Promover a coordenação motora global Potenciar a capacidade de batimento alternado dos membros inferiores Potenciar a autonomia no meio aquático	Os clientes deslocam-se em decúbito ventral batendo alternadamente os membros inferiores. Realizam as duas piscinas sem interromper a tarefa Elevam a cabeça para respirar sem colocar os pés no chão	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo Feedback Corretivo Demonstração Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	Prancha Flutuadora
5'	Os clientes deslocam-se em decúbito ventral ao longo da piscina realizando o batimento alternado dos membros inferiores e o movimento alternado dos membros superiores, segurando uma prancha com as mãos acima da cabeça.	Desenvolver o controlo respiratório Promover a coordenação motora global Potenciar a capacidade de batimento alternado dos membros inferiores Potenciar os movimentos alternados dos membros superiores Maximizar a capacidade de execução de movimentos distintos entre os membros superiores e inferiores Potenciar a autonomia no meio aquático	Os clientes deslocam-se em decúbito ventral batendo alternadamente os membros inferiores e realizando o movimento alternado dos membros superiores. Realizam as duas piscinas sem interromper a tarefa Elevam a cabeça para respirar sem colocar os pés no chão	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo Feedback Corretivo Demonstração Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	Prancha Flutuadora
5'	Os clientes realizam duas piscinas executando a técnica <i>crawl</i> . Os clientes com maiores dificuldades fazem uma nova repetição da atividade anterior.	Desenvolver o controlo respiratório Promover a coordenação motora global Potenciar a capacidade de batimento alternado dos membros inferiores Potenciar os movimentos alternados dos membros superiores Maximizar a capacidade de execução de movimentos distintos entre os membros superiores e inferiores Potenciar a autonomia no meio aquático	Os clientes deslocam-se em decúbito ventral batendo alternadamente os membros inferiores e realizando o movimento alternado dos membros superiores. Realizam as duas piscinas sem interromper a tarefa Elevam a cabeça para respirar sem colocar os pés no chão	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo Feedback Corretivo Demonstração Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	-----
10'	Os clientes deslocam-se em decúbito dorsal ao longo da piscina realizando o batimento alternado dos membros inferiores. Os clientes com maiores dificuldades realizam a atividade com um rolo flutuador a apoiar as costas. Aqueles com menos dificuldades realizam o movimento alternado dos membros superiores.	Promover a coordenação motora global Potenciar a capacidade de batimento alternado dos membros inferiores Potenciar os movimentos alternados dos membros superiores Maximizar a capacidade de execução de movimentos distintos entre os membros superiores e inferiores Potenciar a autonomia no meio aquático	Os clientes deslocam-se em decúbito dorsal batendo alternadamente os membros inferiores e realizando o movimento alternado dos membros superiores. Realizam as duas piscinas sem interromper a tarefa Elevam a cabeça para respirar sem colocar os pés no chão	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo Feedback Corretivo Demonstração Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	Rolos Flutuadores

5'	A estagiária coloca vários arcos no fundo da piscina. À vez, os clientes mergulham e tentam apanhar o maior número possível de uma só vez.	Maximizar a capacidade de imersão Desenvolver o controlo respiratório Promover a coordenação motora global Potenciar a autonomia no meio aquático	Os clientes imergem na água e apanham pelo menos um arco, revelando controlo respiratório	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo Feedback Corretivo Demonstração Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	Arcos
5'	Os clientes saem da piscina pelas escadas, calçam os chinelos e deslocam-se para o balneário.	Promover o cumprimento das regras de segurança Potenciar a saída autónoma da piscina	Os clientes saem da piscina pelas escadas, subindo de costas para a água. Calçam os chinelos e vão para o balneário autonomamente.	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo	-----
20'	No balneário os clientes tomam banho, vestem a roupa e arrumam o equipamento de natação.	Promover a autonomia a vestir e a tomar banho Desenvolver o cumprimento de horários	Os clientes tomam banho, vestem-se e arrumam o equipamento sem necessidade de ajuda física.	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo	-----

A sessão de Natação Adaptada teve a duração habitual de uma hora e contou com a presença de sete clientes. À semelhança do que aconteceu nas semanas anteriores, a estagiária foi responsável pelo planeamento da sessão e pela sua dinamização em total autonomia.

No balneário todas as clientes foram capazes de se equipar, arrumar a roupa e passar pelo duche sem haver qualquer necessidade de apoio verbal ou físico. Já no cais da piscina todos retiraram os chinelos e aguardaram pelas indicações dos técnicos para entrarem na piscina. Esta entrada foi realizada autonomamente por todos, tendo todos entrado com as costas voltadas para a água. Também a AC foi capaz de entrar autonomamente dentro de água sem precisar de indicações por parte da estagiária.

Na primeira atividade verificou-se que os clientes foram capazes de imergir totalmente dentro de água para fazerem os golfinhos, apesar da execução do movimento não ser a correta. De todos os clientes, a F é a única que executa autonomamente a tarefa. Os restantes clientes necessitam que a estagiária demonstre a posição dos membros superiores e da cabeça e que auxilie na execução do movimento. A cliente A continua com medo de imergir na água, pelo que realiza duas piscinas deslocando-se a andar, sendo que o principal objetivo é que não se agarre à borda da piscina ao longo de todo o percurso. Neste caso a cliente é capaz de se deslocar sem auxílio, no entanto toca na parede da piscina com frequência.

A segunda atividade foi realizada sem dificuldades pelo FR, pela F e pela V. Para os restantes clientes houve a necessidade de colocar o arco mais à superfície, sendo que o J chegou mesmo a puxá-lo mais para cima para o conseguir atravessar. Para a A o arco foi colocado à superfície na horizontal, tendo-lhe sido pedido que imergisse totalmente a cabeça e que só a elevasse quando estivesse dentro do arco. A cliente foi capaz de baixar quase totalmente a cabeça com a mão dada à estagiária, tendo no entanto precisado de elevar o arco de modo a conseguir entrar nele.

A atividade de deslizar à superfície foi feita corretamente por todos os clientes, exceto pela AC que mesmo após as indicações realizava o movimento dos braços. A A não realizou esta tarefa.

Nas atividades de deslocação em decúbito ventral verificou-se que:

- O F apenas realiza a tarefa de batimento dos membros inferiores, não sendo capaz de coordenar este movimento com o movimento dos membros superiores. Esta atividade também só foi realizada com o total apoio da estagiária, uma vez que quando este não existia, o tempo de permanência na tarefa era escasso.
- A V e a F realizaram todas as tarefas e deslocação em decúbito ventral sem necessidade de apoio.
- O R realiza as tarefas de deslocação com batimento dos membros inferiores e com batimentos dos membros superiores e inferiores com auxílio de flutuadores.
- A AC realiza todas as atividades de forma autónoma, no entanto os seus movimentos são muito lentificados, bem como a sua velocidade de execução das tarefas.
- O J realiza apenas a tarefa de batimento dos membros inferiores com o auxílio dos flutuadores sem necessidades de apoio.
- A A necessita sempre do apoio da estagiária para executar os deslocamentos na piscina. Em posição de decúbito ventral, esta coloca as mãos nos ombros da estagiária e desloca-se realizando o batimento dos membros inferiores. Esta foi também a primeira semana em que a cliente foi capaz de se deslocar em decúbito ventral sem estar em contacto direto com a estagiária (ambas seguravam a prancha).

Na atividade de deslocação em decúbito dorsal, apenas a F e a V foram capazes de realizar a técnica de costas na sua totalidade. Os restantes clientes tiveram o apoio do rolo flutuador nas costas e deslocaram-se fazendo o batimento dos membros inferiores. Neste caso o F também só realizava a atividade sem interrupções quando a estagiária lhe prestava apoio. Já a AC, apesar de não necessitar de qualquer ajuda da estagiária, realizou a atividade com movimentos muito lentificados. A cliente A realizou a deslocação com o apoio físico da estagiária que lhe segurava na cabeça e na zona da bacia. Neste caso a cliente sentiu a necessidade de agarrar nos pulsos da estagiária.

Na última atividade todos os clientes com exceção da A foram capazes de agarrar em pelo menos um arco, sendo o F e a V aqueles que apresentaram maiores facilidades.

A saída da piscina e a entrada no balneário foi realizada de forma autónoma por todos. No balneário houve apenas a necessidade de apressar a V a tomar banho e a vestir-se, tendo todas elas sido totalmente autónomas a tomar banho e a vestir-se.

Anexo E - Exemplo de Sessão e Relatório de Psicomotricidade em Sala

Local: Sala Sênior	Data: 06/04/2018	Duração: 10h00 – 10h45 (Quarenta e Cinco Minutos)
Grupo: Grupo Sênior (1 cliente)		Técnicos: Alexandra Cortiçada (Planeamento e Dinamização)

Momento da Sessão e Duração	Descrição da Atividade	Objetivos Específicos	Crítérios de Êxito	Estratégias	Material
45'	Na mesa de trabalho estão colocadas peças em forma de triângulos, círculos e quadrados de várias cores que devem ser colocadas dentro de três cilindros, segundo as cores.	Desenvolver a noção de cor Promover a coordenação óculo manual Maximizar a praxia fina	O cliente deve ser capaz de colocar em cada cilindro apenas peças da mesma cor	Instrução Verbal Demonstração Apoio Físico Parcial Feedback Positivo	Peças com formas geométricas Cilindros
Corpo da Sessão	São dados 6 cubos ao cliente, onde cada lado apresenta uma cor e corresponde a uma peça de um puzzle. O cliente escolhe uma cor, monta o puzzle correspondente a essa cor e identifica a imagem que aparece no final da sua montagem.	Desenvolver a percepção espacial Promover a coordenação óculo manual Maximizar a praxia fina	O cliente deve ser capaz de montar uma imagem completa utilizando os 6 cubos.	Instrução Verbal Demonstração Apoio Físico Parcial Feedback Positivo	Cubos
	Na mesa há várias peças em três dimensões que se encaixam e formam círculos, quadrados e triângulos, devendo o cliente encaixá-las.	Desenvolver a percepção espacial Promover a coordenação óculo manual Maximizar a praxia fina	O cliente deve ser capaz de pegar em cada peça e encaixá-la na peça correspondente.	Instrução Verbal Demonstração Apoio Físico Parcial Feedback Positivo	Peças em 3 dimensões

Na primeira atividade o CA foi capaz de agarrar nas peças e das colocar no cilindro, apesar de apresentar ligeiros tremores e de o fazer num ritmo lento. Apesar disso verificou-se que este nem sempre colocava as peças da mesma cor no local correto, sendo necessário dizer-lho para que este reparasse no erro. Na segunda atividade voltou-se a verificar que o cliente não conseguia montar corretamente o puzzle e, em conversa com a monitora da sala, foi dito à estagiária que este não era capaz de identificar imagens em duas dimensões. Face a esta dificuldade foi-lhe então solicitado que construísse torres usando os cubos que tinha disponíveis e aqui verificou-se que este foi capaz de realizar a atividade sem deixar cair nenhum cubo, apesar de apresentar novamente tremores e movimentos lentificados. Na terceira atividade verificou-se que o facto das peças serem em três dimensões facilitava a sua execução, apesar de por vezes também apresentar dificuldades em selecionar a peça de encaixe correta. Os movimentos foram também lentos e com alguns tremores.

Anexo F - Exemplo de Sessão e Relatório da Intervenção Individual com o P.

Sessão Nº 15	Local: Jardim da AFID	Data: 18/04/2018	Duração: 11h-11h45 (45 minutos)
Grupo: Estudo de Caso P		Técnicos: Alexandra Cortiçada (Planeamento e Dinamização)	

Momento da Sessão e Duração	Descrição da Atividade	Objetivos Específicos	Crítérios de Êxito	Estratégias	Material
5'					
Ativação Geral	O cliente desloca-se pelo espaço adotando várias posições conforme as indicações fornecidas (mais rápido/lento, apoiado na ponta dos pés/calcanhares, trás, baixo)	Aumentar a temperatura corporal Promover o equilíbrio dinâmico	Adotar e executar as diferentes posições logo após a sua indicação e mantê-las o tempo estabelecido pela estagiária	Instrução Verbal Demonstração Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo Ajuda Física Parcial	----
20'					
Corpo da Sessão	Circuito: <ul style="list-style-type: none"> O cliente percorre uma linha colocando um pé junto ao calcanhar do outro pé Saltar os arcos a pés juntos (2 lado a lado) Lançar as bolas para os arcos da cor correspondente (a diferentes distâncias) 	Promover o equilíbrio dinâmico Maximizar a coordenação de movimentos Potenciar a coordenação óculo manual	Andar na linha colocando o pé junto ao calcanhar sem perder o equilíbrio Entrar e sair dos arcos sem perder o equilíbrio	Instrução Verbal Demonstração Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	Linha Arcos Pinos
	Circuito: <ul style="list-style-type: none"> Passar por cima dos obstáculos Passar pelos arcos Arco verde – apoio na ponta dos pés Arco azul – apoio unipodal Atravessar a trave 	Potenciar o equilíbrio dinâmico Promover o equilíbrio estático Maximizar a coordenação de movimentos Potenciar a coordenação óculo manual Desenvolver a memória	Passar os obstáculos sem os derrubar e perder o equilíbrio Realizar as ações definidas para cada arco sem perder o equilíbrio	Instrução Verbal Demonstração Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	Arcos Obstáculos Balões de Arroz
	<ul style="list-style-type: none"> Lançar e receber a bola à medida que se desloca pelo espaço. Contornar os pinos driblando a bola 	Maximizar a coordenação de movimentos Potenciar a coordenação óculo manual Desenvolver a noção espacial	Agarrar a bola e lança-la em direção à estagiária. Alterar a direção da passada enquanto dribla a bola.	Instrução Verbal Demonstração Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	Bola Pinos
	São colocados vários pinos ao longo do espaço. O cliente deve pontapear a bola na direção de cada pino, de modo a derrubá-los.	Estimular a coordenação de movimentos Desenvolver a coordenação óculo podal Potenciar a noção espacial	Pontapear a bola em direção a cada pino, alternando na força usada tendo em conta a distância dos pinos	Instrução Verbal Demonstração Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo Ajuda Física Parcial (apenas se necessário)	Bola Pinos
5'					
Retorno à Calma	O cliente indica que atividades realizou, quais as que gostou mais e quais foram as mais fáceis e mais difíceis	Potenciar a percepção das dificuldades e facilidades Estimular a memória Promover a comunicação	Referir as atividades pela ordem em que foram executadas Identificar pelo menos uma atividade mais e menos fácil	Questionamento	----

A sessão de hoje decorreu no jardim da AFID e teve a duração habitual de 45 minutos. O cliente realizou todas as atividades propostas, permanecendo sempre bem-disposto e comunicativo.

Na atividade de ativação geral foi-lhe pedido que se deslocasse pelo espaço apoiado na ponta dos pés e, posteriormente, apoiado apenas nos calcanhares. O cliente demonstrou dificuldades, principalmente no primeiro caso, e mesmo com o apoio da estagiária este não era capaz de elevar muito os pés e de manter essa posição durante muito tempo. Quando lhe foi pedido que andasse mais depressa e mais devagar foi-se notando uma progressiva alteração na velocidade, que ia aumentando à medida que a estagiária o incentivava.

Na primeira atividade do corpo da sessão o cliente começou o percurso por atravessar a linha. Neste caso verificou-se que o cliente não era capaz de colocar totalmente os pés sobre a linha, no entanto as oscilações não são tão frequentes. O cliente foi capaz de saltar os arcos, no entanto não o fez elevando os dois pés em simultâneo. A atividade de lançar as bolas foi realizada sem dificuldades. Nas atividades posteriores o cliente também quis continuar a lançar as bolas, mesmo não fazendo parte do proposto.

No segundo percurso foi possível observar que o cliente ajustava a passada, tendo passado por cima dos objetos sem perder o equilíbrio. Já na atividade seguinte verificou-se que este não era capaz de elevar um pé ou colocar-se na posição de apoio unipodal durante mais do que uns segundos. Por fim, na atividade de atravessar a trave, o cliente começou por a realizar com o apoio da estagiária, no entanto, posteriormente este quis realizar a atividade sozinho. Aqui, apesar de ter alguns desequilíbrios, este foi capaz de concluir o percurso.

Posteriormente não teve dificuldades em lançar e agarrar a bola, apesar de só a agarrar quando a estagiária lhe dizia que este o devia fazer (caso contrário lançava logo antes de a agarrar). O percorrer o percurso a driblar a bola foi feito com mais dificuldades, não sendo o cliente capaz de executar as duas atividades em simultâneo.

Por fim, a atividade de pontapear a bola e derrubar os pinos foi realizada sem dificuldades.

Anexo G - Exemplo de Sessão e Relatório da Intervenção Individual com o A.

Sessão Nº 17	Local: Jardim da AFID	Data: 23/04/2018	Duração: 10h-10h45 (45 minutos)
Grupo: Estudo de Caso P.		Técnicos: Alexandra Cortiçada (Planeamento e Dinamização)	

Momento da Sessão e Duração	Descrição da Atividade	Objetivos Específicos	CrITÉrios de Êxito	EstratÉgias	Material
5'	O cliente desloca-se ao longo do espaço na sua passada normal. Quando a estagiária fizer sinal este deve permanecer imóvel. Variante 1: correr até ao arco da cor dita. Variante 2: colocar o segmento corporal dito no arco da cor dita.	Maximizar a atenção/concentração Promover a ativação muscular Aumentar a temperatura corporal Desenvolver a velocidade de reação Potenciar a distinção dos elementos do esquema corporal	Permanecer imóvel ou deslocar-se de imediato para o arco da cor referida após o sinal Colocar a parte do corpo referida no arco referido	Instrução Verbal Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo	Arcos
Ativação Geral					
35'	No chão são colocados quatro arcos de diferentes cores. A estagiária passa por eles por uma determinada ordem e, em seguida, o cliente realiza o mesmo percurso.	Maximizar a atenção/concentração Promover a memória espacial Estimular a distinção entre esquerda e direita	Passar pelos arcos seguindo sempre a ordem demonstrada	Instrução Verbal Demonstração Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo Questionamento	Arcos
Corpo da Sessão	<p>Circuito:</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar os pés sobre as pegadas (estas vão sendo afastadas e posteriormente colocadas em linha). Entrar no arco, levantá-lo, passa-lo pelo corpo e retirá-lo por cima da cabeça, colocando-o à sua frente. Lançar balões com arroz para o arco da mesma cor, estando estes colocados a distâncias diferentes. 	Potenciar o equilíbrio dinâmico Promover estruturação espacial Potenciar a coordenação óculo manual Maximizar a lateralização	Colocar os pés sobre as pegadas sem perder a posição de equilíbrio Agarrar no arco, passa-lo pelo corpo e retirá-lo por cima Acertar com os balões dentro do arco da mesma cor, usando sempre a mesma mão	Instrução Verbal Demonstração Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo	Pegadas Arcos Balões de arroz
	<p>Circuito:</p> <ul style="list-style-type: none"> Andar sobre uma linha colocando o calcanhar junto à ponta do outro pé. A cada arco é atribuída uma tarefa: Vermelho – apoiado na ponta dos pés Azul – apoio unipodal Andar nos arcos de acordo com as indicações (esquerda/direita, frente/trás) <p>Primeiro o cliente faz o percurso e no fim faz a estagiária seguindo as indicações deste.</p>	Potenciar o equilíbrio dinâmico Promover o equilíbrio estático Desenvolver a memória Potenciar a distinção entre esquerda e direita em si e no outro	Andar sobre a linha sem perder a posição de equilíbrio Identificar a tarefa correspondente a cada arco e não perder o equilíbrio Seguir as instruções nos arcos, identificando corretamente a esquerda e a direita Fornecer as instruções corretas à estagiária Identificar a esquerda e a direita da estagiária.	Instrução Verbal Demonstração Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo Questionamento	Linha reta Arcos

	<p>Tarefas com a Bola: O cliente começa por lançar e agarrar a bola com a estagiária. De seguida desloca-se pelo espaço realizando drible com cada uma das mãos e drible alternado. Por fim, contorna os pinos driblando e conduzindo a bola.</p>	<p>Promover a realização de movimentos alternados e sequenciados Maximizar a coordenação óculomanual Potenciar a coordenação óculopodal Maximizar a coordenação de movimentos</p>	<p>Lançar a bola em direção à estagiária Agarrar a bola sem a deixar cair Driblar a bola sem a deixar cair Contornar os pinos ao mesmo tempo que executa os exercícios com a bola.</p>	<p>Instrução Verbal Demonstração Reforço Verbal Positivo Reforço Verbal Corretivo</p>	<p>Bola Pinos</p>
5'	<p>O cliente indica que atividades realizou, quais as que gostou mais e quais foram as mais fáceis e mais difíceis</p>	<p>Potenciar a perceção das dificuldades e facilidades Estimular a memória Promover a comunicação</p>	<p>Referir as atividades pela ordem em que foram executadas Identificar pelo menos uma atividade mais e menos fácil</p>	<p>Questionamento</p>	<p>----</p>
Retorno à Calma					

A sessão de hoje decorreu no jardim da AFID e teve a duração habitual de 45 minutos. O cliente encontrava-se bem-disposto e comunicativo, tendo participado em todas as atividades propostas, apesar de referir muitas vezes que estava cansado.

A atividade de ativação geral foi realizada sem qualquer dificuldade, tendo o cliente sido capaz de parar de imediato quando ouvia o sinal, bem como de se deslocar rapidamente para o arco da cor referida e colocar o segmento corporal do lado referido dentro do arco de determinada cor.

Na primeira atividade do corpo da sessão, verificou-se que o cliente apresentou mais dificuldades nos percursos maiores, não sendo capaz de os realizar corretamente na sua totalidade. Ao contrário do que aconteceu nas outras sessões realizadas no jardim da instituição, esta foi feita junto ao campo de jogos (em frente à sala a que o cliente pertence). Deste modo verificou-se que o cliente olhava muitas vezes para a janela da sala, cumprimentando sempre as pessoas que apareciam.

Na atividade seguinte o cliente foi já capaz de realizar o percurso das pegadas sozinho, sem recorrer ao apoio da estagiária. Apesar de existirem alguns desequilíbrios, as perdas de posição parecem ser menos frequentes. A passagem pelo arco foi realizada sem apoios, tendo ocorrido apenas um desequilíbrio quando o cliente colocou mal o pé no chão. É de salientar também a postura curvada do cliente na execução da atividade. Por fim, o lançamento dos balões foi realizado na totalidade, verificando-se uma ligeira dificuldade em lançar todos os balões para dentro do arco da mesma cor, o que não se tem verificado nas sessões anteriores.

Posteriormente o cliente caminhou sobre a linha sem necessidade de apoio da estagiária, sendo observáveis alguns desequilíbrios que na maioria das vezes não resultaram na perda da posição. A tarefa seguinte foi realizada primeiramente com o apoio da estagiária. De seguida, quando este a fez sozinha, o tempo de permanência em apoio unipodal ou na ponta dos pés diminuiu, observando-se grandes oscilações e perdas de posição. Já a tarefa de passar pelos arcos segundo as indicações da estagiária foi realizado com grande facilidade, sendo este capaz de distinguir facilmente a esquerda da direita. Quando lhe foi pedido que desse as instruções à estagiária estas eram pouco precisas, sendo necessário fazer-lhe várias perguntas. Na tarefa de passar pelos arcos o cliente começou por não ser capaz de distinguir a esquerda e direita da estagiária (que se encontrava de frente para ele), no entanto, após observar que a posição que esta adotava não era a que ele pretendia foi capaz de ajustar as indicações, não se enganando nas vezes seguintes.

Por último verificou-se que o cliente não apresenta dificuldades em executar as tarefas de lançar e driblar a bola, apresentando, no entanto, uma postura curvada. Já na tarefa de contornar os pinos a driblar e a conduzir a bola com o pé foi possível observar dificuldades na realização conjunta da tarefa de driblar/conduzir com o pé e contornar os pinos a andar.