

Intervenção Psicomotora na Associação de Pais e Amigos de Crianças em Barcelos

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

Orientadora: Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Júri:

Presidente

Doutor Pedro Jorge Parrot Morato, professor associado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais

Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutora Ana Isabel Rodrigues de Moraes, assistente convidada da Universidade de Évora

Ana Isabel Antunes Oliveira Gomes

2022

Agradecimentos

Primeiramente, agradecer a todas as crianças que tive a oportunidade de acompanhar ao longo deste período de estágio. Obrigada por me ensinarem a ser melhor pessoa e a ser melhor profissional, por me terem proporcionado momentos bonitos e inesquecíveis e por tornarem os meus dias mágicos e diferentes, fazendo desta uma experiência única.

De seguida, uma obrigada especial à minha orientadora académica, a Professora Doutora Sofia Santos, por toda a disponibilidade, motivação, eficácia, empenho e por estar sempre presente mesmo nos momentos mais difíceis. Obrigada pelo seu apoio incondicional, pelas suas palavras certas na hora certa e por apaziguar a minha ansiedade. Obrigada por ser um exemplo.

Um agradecimento geral a todos/as os/as colaboradores/as da APAC pela receção calorosa e pela partilha ao longo deste estágio.

Um obrigado especial ao orientador local Psicomotricista Hermenegildo Silva pelo exemplo e disponibilidade no esclarecimento de dúvidas e troca de ideias e à Terapeuta Ocupacional Fernanda Lopes pela disponibilidade e carinho demonstrados.

Por último, mas não menos importante, agradecer a todos os meus familiares, especialmente aos meus pais e à minha irmã e sobrinha, aos meus tios-pais Alice e Figueiredo, aos meus primos-irmãos Beatriz e Martinho, porque sem vocês, não teria sido possível. Aos meus amigos, obrigada pelo apoio e motivação constantes. Às amigas de sempre, Margarida, Inês, Cata, Carol e Joana obrigada pela vossa paciência e por nunca me deixarem desistir. Às melhores amigas que a faculdade me trouxe, Catarina Lopes, Joana Vasques, Matilde Rebelo, Soraia Mota, Sofia Borges, Sara Teixeira, Rute Afonso, Rita Antunes, Renata Alves, Mariana Santos, Joana Nina tantas outras, obrigada por todas as partilhas psicomotoras e não psicomotoras, pelas ajudas e desabafos constantes, são o melhor da vida. Agradecer também à família Barreira por me darem a oportunidade de crescer e ver crescer.

À avó Teresa e avô Zé, as minhas estrelinhas mais brilhantes, que me deram força quando eu já não sabia que tinha.

A todos vocês, obrigada por fazerem parte deste caminho maravilhoso e gratificante.

Resumo

O presente relatório descreve a prática profissional da estagiária do Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, na Associação de Pais e Amigos de Crianças (APAC), em Barcelos, de outubro de 2020 a maio de 2021, no âmbito da intervenção psicomotora com 35 crianças com perturbações do desenvolvimento dos 7 aos 16 anos. Este relatório inicia-se com o enquadramento teórico sobre a caracterização da instituição, de um dos diagnósticos mais presentes na população com que se interveio - Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) e da intervenção psicomotora, com vista a aprofundar os conhecimentos teóricos e fundamentar a prática. A segunda parte é dedicada à descrição e contextualização das atividades de estágio, explorando os horários, a dinâmica das sessões, os casos com que interveio, até à apresentação de um estudo de caso, onde são descritos o processo de avaliação e a intervenção com o mesmo. De seguida, surge o projeto de investigação que teve como objetivo comparar os resultados das avaliações iniciais e finais da intervenção psicomotora em regime presencial e *online*, tentando averiguar o contributo que a modalidade *online* pode deter ao nível da atividade profissional e, finalmente, as conclusões e o balanço final do estágio.

Palavras-chave: estágio; APAC; intervenção psicomotora; crianças; avaliação; dificuldade intelectual e desenvolvimental; estudo de caso; projeto de investigação; presencial; *online*

Abstract

This report aims to describe the professional activity of the internship' student of the Master in Psychomotor Therapy, of Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, at Associação de Pais e Amigos de Crianças (APAC), Barcelos, from October 2020 to May 2021. The trainee involved 35 children aged between 7 and 16 years-old with diverse development disorders. The first part is dedicated to the theoretical framework with the: institution characterization, most prevalent disorder in children with whom intervention was carried out – intellectual and developmental disability; and psychomotor therapy. These chapters, based on a literature review, allowed deepening the conceptual knowledge and providing evidences for a more robust practice. A second part present the description and of all trainee activities, through schedules, sessions dynamics, brief cases characterization till a study case presentation, as more detailed example of what a psychomotor therapist does in an institutional setting, including the decisions about assessment and intervention implementation. The research project, as a response to an initial challenge of the academic advisor, aimed to analyze, through a comparative study, the worth-values of the online modality (vs. in presence). Finally, conclusions and the final reflection will end this report.

Keywords: internship; APAC; psychomotor therapy; children; assessment; intellectual and developmental disability; study case; research project; presencial; *online*

Índice de Abreviaturas

- AA** – Apoio Ambulatório
- AAIDD** – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
- ACES** – Agrupamentos de Centros de Saúde
- AEO** – Atividades Estritamente Ocupacionais
- AGD** – Atraso Global do Desenvolvimento
- APA** – American Psychiatric Association
- APAC** – Associação de Pais e Amigos de Crianças
- APCER** – Associação Portuguesa de Certificação
- ASU** – Atividades Socialmente Úteis
- AVDs** – Atividades da Vida Diária
- BPM** – Bateria Psicomotora
- CAO** – Centro de Atividades Ocupacionais
- CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade
- DAEs** – Dificuldades de Aprendizagem Específicas
- D-E** – Direita-Esquerda
- DGS** – Direção Geral da Saúde
- DID** – Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais
- DM** – Deficiência Motora
- DSM** – Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorders
- DT** – Direção Técnica
- DV** – Deficiência Visual
- EET** – Estruturação Espaço-Temporal
- ELI** – Equipa Local de Intervenção
- IAC** – Instituto de Apoio à Criança
- ICD** – International Classification of Diseases
- INR** – Instituto Nacional de Reabilitação
- IPCA** – Instituto Politécnico do Cave e do Ave
- IPI** – Intervenção Precoce na Infância
- NQ** – Núcleo de Qualidade
- PEA** – Perturbação do Espectro do Autismo
- PF** – Praxia Fina

PG – Praxia Global

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

PQ – Política de Qualidade

PSP – Polícia de Segurança Pública

QI – Quociente de Inteligência

RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

RGPD – Regulamento Geral da Proteção de Dados

RSI – Rendimento Social de Inserção

SAAS – Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social

SID – Serviço de Intervenção à Distância

SIM – Serviço de Intervenção Multidisciplinar

SNC – Sistema Nervoso Central

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

T21 – Trissomia 21

WHO –World Health Organization

Índice Geral

Agradecimentos.....	ii
Resumo	iii
Abstract	iii
Índice de Abreviaturas	iv
Índice Geral	vi
Índice de Figuras	vii
Índice de Tabelas	viii
Introdução.....	1
Enquadramento Teórico	4
A Associação de Pais e Amigos de Crianças – (APAC) de Barcelos.....	4
Enquadramento Histórico	4
Enquadramento Institucional.....	5
Caracterização da População	15
Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais	15
Definição e Diagnóstico	15
Etiologia e Prevalência	17
Classificação	17
Características.....	19
Características Cognitivas e Funções Executivas.....	19
Características Linguísticas e Sociais.....	21
Características Psicomotoras	22
Características Prático-Adaptativas	24
Características Positivas.....	25
Comorbilidades.....	26
A DID vs. os casos com quem se interveio	27
Intervenção Psicomotora e contextos da Psicomotricidade na Instituição	28
Prática	34
Realização da Prática Profissional	34
Descrição, organização do estágio	34
Calendarização do estágio	35
Os espaços onde ocorrem as sessões de intervenção psicomotora	36
Gabinete de Psicomotricidade	36
Modalidades	38
Estudo de Caso	41
Projeto de Investigação - A intervenção psicomotora nas modalidades presenciais e <i>online</i> : um estudo comparativo.....	59

Resumo.....	59
Abstrat.....	59
Introdução.....	60
Métodos.....	63
Participantes.....	63
Instrumento.....	64
Procedimentos.....	65
Programa de Intervenção Psicomotora na dupla modalidade: presencial e online.....	66
Apresentação de Resultados.....	70
Discussão de Resultados.....	73
Conclusão.....	77
Atividades Extracurriculares.....	79
Conclusão.....	80
Referências.....	84

Índice de Figuras

Figura 1: Entrada da APAC (retirado de APAC, 2012).....	6
Figura 2: Vista geral das instalações da APAC (retirado de APAC, 2022).....	6
Figura 3: Organograma funcional da APAC (APACp, 2020).....	13
Figura 4: Visão geral do gabinete de Psicomotricidade.....	37

Índice de Tabelas

Tabela 1: Horário da estagiária até dia 3 de novembro de 2020	36
Tabela 2: Horário da estagiária a partir de 4 de novembro de 2020 até ao fim do estágio ...	36
Tabela 3: Lista de crianças com que a estagiária contactou, suas características e modalidade de intervenção	39
Tabela 4: Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos, estratégias e evolução dos mesmos	45
Tabela 4 (cont): Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos, estratégias e evolução dos mesmos	46
Tabela 4 (cont): Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos, estratégias e evolução dos mesmos	47
Tabela 4 (cont): Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos, estratégias e evolução dos mesmos	48
Tabela 5: Exemplos de atividades realizadas com o estudo de caso	49
Tabela 5 (cont.): Exemplos de atividades realizadas com o estudo de caso	50
Tabela 6: Exemplo (1) de um planeamento de sessão de psicomotricidade com o estudo de caso	50
Tabela 7: Exemplo (2) de um planeamento de sessão de psicomotricidade com o estudo de caso	51
Tabela 8: Avaliações inicial e final do F. através da aplicação da BPM	52
Tabela 8 (cont): Avaliações inicial e final do F. através da aplicação da BPM.....	52
Tabela 9: Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos/atividades e estratégias de intervenção em regime presencial, num ponto de vista geral das intervenções	66
Tabela 9 (cont): Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos/atividades e estratégias de intervenção em regime presencial, num ponto de vista geral das intervenções	67
Tabela 10: Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos/atividades e estratégias de intervenção em regime <i>online</i> , num ponto de vista geral das intervenções...	68
Tabela 11: Resultados da estatística descritiva (valores médios e desvio-padrão), testes de Wilcoxon e Mann-Whitney obtidos pelos 2 grupos nos dois momentos de avaliação – BPM	69
Tabela 11 (cont): Resultados da estatística descritiva (valores médios e desvio-padrão), testes de Wilcoxon e Mann-Whitney obtidos pelos 2 grupos nos dois momentos de avaliação – BPM.....	70

Tabela 12: Estudo comparativo das competências psicomotoras dos participantes pela
variável: frequência das sessões72

Introdução

O presente relatório encontra-se inserido na Unidade Curricular designada por Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, e diz respeito à descrição das experiências realizadas no estágio que decorreu na Associação de Pais e Amigos de Crianças (APAC) em Barcelos, com crianças e jovens com diversas perturbações do desenvolvimento, ao longo do ano letivo 2020-2021. A orientação académica foi da responsabilidade da Professora Doutora Sofia Santos e a orientação local a cargo do Dr. Hermenegildo Silva, psicomotricista.

De acordo com as Normas Regulamentares do Mestrado Reabilitação Psicomotora [NRMRP] (2018), o estágio, que se desenvolveu na área da Funcionalidade e Qualidade de Vida (artigo 5.º) apresenta como objetivos gerais e específicos (artigo n.º 3):

1. o aprofundamento do conhecimento e das competências profissionais na atuação com pessoas com situações de deficiência ou perturbações de desenvolvimento, nas dimensões científicas e metodológicas; neste âmbito foi fundamental a apresentação inicial da instituição, como forma de contextualização da mesma e da visão e missão que rege a sua atividade, bem como na caracterização da perturbação do desenvolvimento mais prevalente dos casos (Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais - DID) a quem a estagiária prestou apoio; a revisão da literatura e a reflexão crítica de análise dos casos individuais face à generalização das evidências foi equacionada, quer ao nível da forma como a estagiária se integrou e assimilou os valores e princípios da instituição, quer na identificação e compreensão das características pessoais à luz das oportunidades e vivências de todos os clientes; acresce ainda a possibilidade da discussão com outros técnicos o que contribuiu para a competência reflexiva multidisciplinar e para a integração na equipa;
2. as competências de avaliação, planeamento e tratamento dos dados para melhores práticas, foram também alcançadas no sentido em que a estagiária teve a oportunidade não só de intervir com uma diversidade de clientes, bem como concretizar um estudo de caso, que funcionou como uma oportunidade de excelência na seleção e fundamentação do processo de avaliação, no estabelecimento do perfil individual, na análise dos dados iniciais obtidos que permitiram o estabelecimento de uma intervenção centrada na pessoa e, finalmente, e com a obtenção dos dados após a intervenção a possibilidade de monitorizar e avaliar a qualidade do desempenho do cliente e da estagiária; foi dada sempre uma atenção particular à pessoa (capacidades, necessidades, preferências e

motivações) e à sua família – identificando-se os fatores contextuais facilitadores e inibidores, procurando-se a aquisição de competências que fossem transferíveis para as atividades de vida diária;

3. no âmbito do desenvolvimento de perspectivas inovadoras de forma a promover o progresso da Intervenção Psicomotora, a estagiária teve a possibilidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos no primeiro ano curricular do mestrado, bem como inovar com um projeto de investigação que se revelava como algo a considerar na prática psicomotora e na instituição onde essa prática já estava a ser implementada;
4. na relação com outros profissionais foi evidente a necessidade de se trabalhar em equipa transdisciplinar e em cooperação com outros profissionais, nomeadamente Terapeutas Ocupacionais e Psicólogas, numa partilha de saberes e no estabelecimento de programas que fossem ao encontro do plano de vida de cada cliente;
5. finalmente, e na tentativa de responder à conceção e dinamização de projetos e por desafio da orientadora, a estagiária foi responsável pela elaboração de um projeto de investigação cujo objetivo era pertinente para a estagiária e profissão, para os clientes e familiares, para os técnicos e instituição que assim pôde avaliar a qualidade de um dos seus apoios, contribuindo para fortalecer a sua atuação na comunidade.

De uma forma geral, a estagiária interveio numa resposta social (Apoio Ambulatório) apoiando um total de 35 crianças com deficiência motora (DM), deficiência visual (DV), perturbação do espectro do autismo (PEA), perturbação da hiperatividade e défice de atenção (PHDA), trissomia 21 (T21), DID, dificuldades de aprendizagem específicas (DAEs) e outras sem diagnóstico associado. Os principais objetivos trabalhados, e sempre a partir da mediação corporal e do movimento focaram-se em: desenvolver os fatores psicomotores das crianças, nomeadamente a motricidade global e fina e a estruturação espaço-temporal, bem como, melhorar as competências relacionadas com as funções executivas, como a memória e a atenção.

Desta forma, e procurando sintetizar a atividade da estagiária na instituição ao longo de um ano de trabalho, este relatório está estruturado em cinco secções: assim, e para além desta introdução, o segundo capítulo focará o enquadramento teórico das principais informações que sustentam a parte da prática psicomotora com a apresentação da instituição (história, missão e valores, as áreas de intervenção) e do seu funcionamento, e da caracterização das perturbações, o que possibilitou a melhor compreensão do contexto e uma análise mais detalhada e individual de cada caso, bem como da forma como a psicomotricidade é concretizada e perspectivada na instituição. O terceiro capítulo é dedicado à descrição da componente prática, desde a primeira reunião *online*, ao estabelecimento de

horários, forma de funcionamento, casos de intervenção e uma narração do processo de complexificação da atividade da estagiária desde o primeiro dia de estágio até ao final. Ainda neste capítulo, é apresentado o estudo de caso como um exemplo mais detalhado da intervenção psicomotora e que envolverá a fundamentação das opções da estagiária desde a seleção dos casos e sua caracterização, ao processo de avaliação concretizado em função dos objetivos estabelecidos previamente e para a promoção do seu transfere para a vida diária, através de um programa concebido e implementado pela estagiária. A listagem de atividades extracurriculares inclui atividades não pertencentes ao estágio, uma vez que não surgiram oportunidades para tal, mas que a estagiária frequentou por sua iniciativa, com vista a melhorar o seu conhecimento. O projeto de investigação - *A intervenção psicomotora nas modalidades presenciais e online: um estudo comparativo*, como resposta ao desafio inicial da orientadora académica é então apresentado no quarto capítulo e o tema foi acordado entre todos os intervenientes, numa tríade de interesses – relevante para a intervenção fornecida pela instituição, questão de interesse para a estagiária em resposta ao desafio para a concretização de uma pesquisa e uma necessidade de reflexão sobre a identidade psicomotora, a nível nacional, em tempos de pandemia e recorrendo a computadores/tablets e plataformas digitais. Na última parte é apresentada uma reflexão pessoal e as principais conclusões e recomendações, no que diz respeito às experiências da estagiária.

Enquadramento Teórico

O conhecimento do funcionamento de uma instituição revela-se como etapa fundamental para o estagiário que, pela primeira vez, irá desenvolver a sua atividade num espaço novo e o qual ainda não conhece. Assim, se explica que nesta primeira seção, irá ser abordada a caracterização da APAC, não só para o leitor ficar com uma ideia da mesma, como também para explicar a sua importância na atividade da estagiária. Ainda nesta sequência, e com o mesmo objetivo será também descrita, com base numa revisão da literatura, a perturbação do desenvolvimento mais prevalente nos clientes com que a estagiária interveio. Esta análise permitiu um melhor conhecimento teórico sobre as mais recentes evidências científicas, apesar de na prática a estagiária ter tido em consideração o perfil individual e os fatores contextuais, que conduziram a uma diversidade de características e perfis, mesmo que com o mesmo diagnóstico prévio. Além disso, a contextualização da intervenção psicomotora como apoio na adaptação das pessoas com perturbações do desenvolvimento e a sua especificação na forma como é perspectivada e concretizada na instituição permitiu uma reflexão mais aprofundada cujo objetivo final seria melhores práticas de intervenção.

A Associação de Pais e Amigos de Crianças – (APAC) de Barcelos

Neste item, será descrita a APAC, enquanto local de estágio, dando a conhecer os seus objetivos, a sua missão, valores e políticas de qualidade, bem como o seu funcionamento, as suas respostas sociais e os seus serviços.

Enquadramento Histórico

A 24 de maio de 1995, em Barcelos, foi criada, por um conjunto de pais e amigos a APAC – Associação de Pais e Amigos de Crianças, instituição de solidariedade social e sem fins lucrativos, que procurou responder às necessidades das famílias em termos de reabilitação, orientação, integração, apoio médico-funcional e terapêutico das crianças e jovens com deficiência, problemas de desenvolvimento e/ou em situações de risco (APAC, n.d.a).

Ainda de acordo com a mesma fonte, a primeira unidade, em 1995, criada para dar resposta a estas necessidades foi o **Apoio Ambulatório (AA)**, que abrangia crianças e jovens dos 6 aos 18 anos, com perturbações do desenvolvimento e dificuldades motoras. Com o tempo, surgiu a necessidade de fornecer apoios a crianças com perturbações no desenvolvimento e/ou em risco, com idades inferiores a 6 anos e, em 1998, foi criado o serviço de **Intervenção Precoce na Infância (IPI)** para esse efeito. No ano seguinte, em 1999, a instituição foi credenciada como **Centro Especializado** – Entidade Prescritora de Ajudas Técnicas – Diário da República nº 178 de 2 de agosto – Despacho nº 14725/99, e nesse

mesmo ano, foi inaugurada a **Casa de Acolhimento** destinada ao acolhimento de emergência de crianças e jovens em situações de risco (APAC, n.d.a).

Em março de 2005 foi inaugurado o serviço de acompanhamento social, em conjunto com as entidades referentes ao **Rendimento Social de Inserção (SAAS-RSI)**, realizando o atendimento e aconselhamento à população beneficiária desse rendimento (APAC, n.d.a). Posteriormente, para responder às necessidades das pessoas com mais de 18 anos e que apresentavam graves limitações na atividade e restrições na participação, em 2006, foi criada um **Centro de Atividades Ocupacionais (CAO¹)** onde são desenvolvidas atividades lúdico-terapêuticas para estimular as suas capacidades (APAC, n.d.a).

Em 2010, a instituição recebeu o Certificado de Qualidade da APCER (Associação Portuguesa de Certificação) e em 2011, com a implementação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), a instituição adota uma nova forma de trabalho, no âmbito da IPI, integrando uma Equipa Local de Intervenção (ELI), passando a denominar-se IPI – ELI7 (Equipa Local de Intervenção Precoce 7), alcançando algumas freguesias de Barcelos e a totalidade do concelho de Esposende. O Serviço de Intervenção Multidisciplinar (SIM) é criado em 2012 e presta apoio a pessoas com doenças neurológicas congénitas ou adquiridas, perturbações na linguagem, comunicação e fala e problemas psicológicos, através de avaliações, orientações e intervenção, proporcionadas por uma equipa multidisciplinar (APAC, n.d.a). No ano de 2013, foram inauguradas as novas instalações da Casa de Acolhimento “Casa dos Sonhos” e alargado o protocolo da área relativa ao RSI. Em 2015 foi alargado o protocolo relativo ao CAO (APAC, n.d.a).

Enquadramento Institucional

Localização e funcionamento

A APAC (figuras 1 e 2) tem a sua sede na freguesia de Arcozelo, em Barcelos, na Rua Dr. Aires Duarte nº 100, onde funcionam as respostas sociais de AA, CAO e SAAS-RSI, caracterizados posteriormente (APAC, n.d.a). O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 09:00 horas até às 18:00 horas, que no momento atual de pandemia, pode sofrer alterações, em consonância com os planos de contingências, cumprindo as recomendações das autoridades de saúde pública (Simões, 2020).

Por observação direta, a instituição é composta por uma sala de receção, gabinete da presidência, um *hall* comum às restantes áreas, uma copa, uma sala de refeições, uma sala de CAO, um ginásio, uma sala de integração sensorial, uma sala de Snoezelen, uma piscina,

¹ Apesar da mudança recente para Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI - **Portaria n.º 70/2021**), no site da instituição ainda consta esta terminologia, pelo que a mesma foi adotada;

quatro balneários, uma sala de reuniões, dois gabinetes médicos, 4 gabinetes de psicologia, três gabinetes de terapia da fala, um gabinete de psicomotricidade (descrito mais à frente, enquanto espaço privilegiado da intervenção psicomotora), um gabinete de terapia ocupacional, dois gabinetes de fisioterapia, dois gabinetes de serviço social, uma sala de isolamento, três salas de SAAS-RSI, uma sala de arquivo/arrumos, uma lavandaria e uma garagem. O número de gabinetes pode mudar, tendo em conta as necessidades em período de pandemia.

Figura 1: Entrada da APAC (retirado de APAC, 2012)



Figura 2: Vista geral das instalações da APAC (retirado de APAC, 2022)



Visão, Missão, Valores e Política de Qualidade

A **Visão** de uma instituição consiste no ponto de chegada, ou seja, a posição que a organização deseja alcançar no futuro e a visão da APAC passa por pretender ser uma instituição de referência na comunidade, através dos serviços de qualidade que oferece

(APAC, n.d.b). A **Missão**, ou razão pela qual existe, da APAC é apoiar, capacitar e (re)habilitar as crianças, jovens e famílias com vulnerabilidades, no âmbito da deficiência, perturbações de desenvolvimento ou em risco de exclusão social, disponibilizando serviços especializados que respondam às necessidades, numa perspetiva de intervenção multidisciplinar (APAC, n.d.b).

Os **Valores** dizem respeito a um conjunto de crenças e princípios pelo qual se dirigem os indivíduos que fazem parte da organização, e que orientam a atividade, e na instituição, os valores que vigoram são: a inclusão, a cidadania, a ética, a inovação, o compromisso, a excelência e a transparência (APAC, n.d.b). Estes valores assumiram um papel fundamental ao longo do estágio, pois contribuíram para uma aprendizagem profissional e para um desenvolvimento pessoal, guiando toda a intervenção. Desta forma, a atividade da estagiária procurou o desenvolvimento de competências necessárias à funcionalidade diária e participação social (cidadania e inclusão), respeitando o cliente e as regras éticas e deontológicas quer da instituição, quer do psicomotricista através de um trabalho rigoroso e que se pretendeu de qualidade.

A Política de Qualidade (PQ) oferece garantias, em termos de qualidade de serviço, que poderão ser diferenciadoras e decisivas para a escolha dos clientes e neste sentido, a APAC tem implementado o Sistema de Gestão de Qualidade em todas as suas respostas sociais e serviços, de acordo com os regulamentados legais, fornecendo serviços de qualidade e atendendo às necessidades e expectativas dos clientes, de acordo com a Norma ISO 9001/2008, desde 18 de janeiro de 2011 (APAC, n.d.b). Para isso, a PQ tem como objetivos promover a satisfação dos clientes de forma continuada; promover a motivação e a qualificação profissional de todos os colaboradores; e a responsabilização de todos no que diz respeito ao trabalho desenvolvido. A Direção responsabiliza-se por garantir que se cumprem os requisitos estabelecidos (regulamentares e legais) de forma a melhorar o sistema de gestão de qualidade (APAC, n.d.b).

Desta forma, surge a Política de Privacidade. Para que a intervenção seja o mais adequada possível a cada indivíduo, existe a necessidade da parte da instituição, de recolher, aceder e tratar dados pessoais dos clientes, o que implica que assuma uma posição responsável pelo tratamento, com todas as obrigações e deveres inerentes (APAC, 2016). A instituição rege-se por rigorosos princípios éticos e legais, respeitando sempre a privacidade de todos aqueles cujos dados pessoais forem recolhidos e tratados, sejam clientes, fornecedores, associados, parceiros, voluntários, colaboradores ou outros. Os dados pessoais são recolhidos única e exclusivamente para reunir as condições necessárias à prestação dos serviços e passam pelas informações de contacto (nome, morada, telefone...), informações pessoais (data de nascimento, estado civil, agregado familiar, profissão,

habilitação literária...), dados de identificação (nº de cliente, histórico do cliente, histórico de serviços que usufrui, anamnese), de acordo com o regime legal de tratamento de dados (APAC, 2016).

Com isto, a instituição pratica (APAC, 2016): *Princípio da Minimização dos Dados*, recolhendo apenas os dados considerados adequados, relevantes e necessários às finalidades da recolha e tratamento; *Princípio da Exatidão*, mantendo os dados exatos e atualizados sempre que necessário, sendo adotadas e disponibilizadas ao seu titular, todas as medidas necessárias a garantir a sua exatidão permanente e correção, nomeadamente o direito de retificação; *Princípio da Preocupação da Conservação dos Dados*, de forma a que seja possível identificá-lo apenas durante o período mínimo necessário, sendo que uma vez atingido o prazo máximo de conservação, os dados pessoais serão destruídos de forma segura; e *Princípio da Segurança*, que protege os dados de um eventual tratamento ilegal e não autorizado, prevenindo eventuais perdas, a sua destruição ou dano imprevisto, adotando todas as medidas técnicas e organizativas adequadas que garantam a segurança, integridade e confidencialidade dos dados.

No que diz respeito ao sigilo e confidencialidade, todos os colaboradores, internos e externos, têm a obrigação de garantir a confidencialidade e a proteção da informação conforme o Regulamento Geral de Proteção de Dados, bem como de manter em segredo todas as informações e conhecimentos de origem técnica, pedagógica ou outra, a menos que sejam dadas autorizações por escrito. Para este feito, são utilizadas medidas de segurança, incluindo ferramentas de autenticação, para ajudar a proteger e manter a segurança, integridade e disponibilidade dos dados pessoais (APAC, 2016). As imagens só são captadas se existir uma autorização da parte do cliente ou do seu representante legal, através de um consentimento informado e somente se se justificar para facilitar o trabalho da equipa técnica. A qualquer momento, pode ser retirado o consentimento, relativamente à recolha de imagens (APAC, 2016).

O titular dos dados pode ter acesso aos mesmos a qualquer momento, podendo consultar e retificar, sempre que necessário, solicitar o seu apagamento ou destruição, a sua portabilidade, assim como, opor-se ao seu tratamento ou à tomada de decisões com base nos mesmos (APAC, 2016). Se o consentimento for retirado, o titular dos dados, deixa de receber informações e os seus dados deixam de ser tratados. Todos os dados são conservados a partir da recolha do consentimento ou do último contacto realizado (consoante o que ocorra em último lugar) e caso, dentro deste período, não tenha sido retirado consentimento (APAC, 2016). A alteração da Política de Privacidade pode ser realizada a qualquer momento pela APAC, sem aviso prévio, sendo que todas as alterações serão publicitadas (APAC, 2016).

A APAC apresenta um conjunto de respostas sociais e de serviços, que abrangem todas as faixas etárias.

Respostas Sociais e de Serviços

As respostas sociais já referidas antes, envolvem (APAC, n.d.c):

- O **serviço de IPI** rege-se por um modelo centrado na família e na criança, que atua na prevenção e na habilitação, nas áreas da educação, da saúde e da ação social em famílias de bebés e crianças dos 0 aos 6 anos com limitações nas atividades típicas para as suas respetivas idades, em contextos de risco, ou com um atraso no desenvolvimento (APAC, n.d.e). Desta forma, cabe a esta resposta social assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades; detetar e sinalizar crianças em risco e com necessidades de intervenção precoce; intervir junto das crianças e das famílias, de acordo com as suas necessidades, de modo a prevenir ou reduzir possíveis atrasos no desenvolvimento da criança; apoiar as famílias nos serviços de saúde, educação e segurança social; e envolver a comunidade através de projetos articulados de suporte social (APAC, n.d.e). A equipa de IPI desta instituição integra a ELI 7 em conjunto com profissionais do ACES Cavado III Barcelos/Esposende e o Agrupamento de Escolas Gonçalo Nunes. A equipa técnica desloca-se aos locais pretendidos e é constituída por um grupo de pessoas com uma vasta experiência na área, abrangendo as áreas da Psicologia, Terapia da Fala, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Fisioterapia (APAC, n.d.e);
- O **AA** é uma resposta social que funciona na sede da APAC, e que tem Acordo de Cooperação com o Instituto de Segurança Social, que se destina a responder às necessidades de crianças e jovens, dos 6 aos 18 anos, com deficiência ou perturbações de desenvolvimento através da intervenção psicossocial, médico-funcional e terapêutica e prestando apoio às suas famílias (APAC, n.d.f). A equipa técnica é composta por: um médico neuropediatra, um médico fisiatra, uma pedopsiquiatra, uma técnica de serviço social, quatro psicólogas, duas fisioterapeutas, cinco terapeutas da fala, uma terapeuta ocupacional e um técnico de psicomotricidade. Os serviços complementares a esta resposta são a pedopsiquiatria, a neuropediatria, fisioterapia, o Snoezelen, e os produtos de apoio – “ajudas técnicas”. O encaminhamento pode ser efetuado por qualquer entidade ou pessoa, tendo de efetuar o preenchimento da ficha de inscrição disponível para *download* no *site* da APAC ou fazê-lo presencialmente nos serviços administrativos da instituição. Após o preenchimento da ficha de inscrição é agendada uma marcação de triagem para avaliação das necessidades e expectativas dos responsáveis pelo cliente (APAC, n.d.f). Neste momento, e devido ao atual estado de pandemia, a sala de

Snoezelen e a piscina não se encontram em funcionamento e os materiais do ginásio estão guardados em duas salas à parte, assim como a maioria dos materiais da sala de estimulação sensorial. Cada vez que um terapeuta precisa de um material, pode utilizá-lo, desde que depois da utilização o desinfete de forma conveniente. É nesta resposta social que decorre o estágio da aluna, intervindo com 30 crianças de forma individual (Silva, 2020);

De acordo com as informações disponibilizadas ao longo do estágio pelo orientador local e pela coordenadora técnica do AA (Silva, 2020; Simões, 2020), para cumprir as medidas de segurança recomendadas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), a APAC adotou nesta resposta social, uma nova modalidade de atendimento – o Serviço de Intervenção à Distância (SID), caso o cliente não possa/consiga deslocar-se à instituição, por pertencer aos grupos de risco ou impossibilidade de transporte. Nesta modalidade, a intervenção é realizada por videoconferência ou via chamada telefónica (modalidade escolhida pelo cliente), sem negligenciar os princípios éticos e deontológicos. A qualidade técnica, segurança, eficácia, duração das sessões, frequência e adaptação às características (capacidades e necessidades) de cada cliente são fatores considerados nesta modalidade, que está disponível em todos os serviços terapêuticos: psicologia, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicomotricidade, serviço social, psiquiatria da infância e adolescência e fisioterapia. É neste contexto que o projeto de investigação se enquadra;

- O **CAO** é uma resposta social destinada a desenvolver atividades ocupacionais/lúdico-terapêuticas para jovens e adultos com dificuldades graves e/ou profundas, a partir dos 18 anos, com o objetivo de estimular e facilitar o desenvolvimento das suas capacidades. Neste sentido, são prestados apoios como psicologia, fisioterapia, terapia da fala, hidroterapia/piscina, desporto adaptado, expressão musical e dramática e estimulados o desenvolvimento pessoal e social, através das Atividades Socialmente Úteis (ASU) e as Atividades Estritamente Ocupacionais (AEO). Também são prestados serviços médicos e produtos de apoio, através do gabinete médico e do serviço social (APAC, n.d.g). Todas as atividades são adaptadas ao grupo, tendo em conta as necessidades e possibilidades de cada cliente, com vista a potencializar as suas capacidades e sempre em conjunto com a família, de forma a esta também ser um agente presente na intervenção (APAC, n.d.g);
- O SAAS-RSI assegura o atendimento e o acompanhamento social de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade e exclusão social, beneficiárias da medida do Rendimento Social de Inserção. Desde o ano de 2015 que abrange todo o concelho de Barcelos (APAC, n.d.h). À equipa técnica pertencem: assistentes sociais, psicólogos e ajudantes de ação direta. As atividades desenvolvidas passam pelo atendimento, informação e

orientação de cada pessoa ou família, de acordo com os seus direitos, obrigações e deveres; avaliação e diagnóstico social; planeamento e organização da intervenção; contratualização no âmbito da intervenção social através de compromisso para a inserção social e comunitária da pessoa e agregado familiar; coordenação e avaliação do cumprimento dessa contratualização e cooperação e articulação com outras entidades e serviços da comunidade (APAC, n.d.h);

- A Casa de Acolhimento “Casa dos Sonhos” acolhe crianças e jovens em situações de risco físico, psicológico e social, dos 0 aos 18 anos, e tem capacidade para acolher até 10 indivíduos, oriundos de qualquer zona do país (APAC, n.d.i). Esta casa é considerada um espaço de transição entre famílias disfuncionais ou ausentes e famílias recuperadas ou de substituição, de forma a dar resposta aos problemas e carências afetivas das crianças. A permanência das crianças e jovens nesta resposta social, deve ser o mais breve possível, sendo oferecidas às famílias oportunidades e recursos para se tornarem mais funcionais e com melhores condições (APAC, n.d.i). A equipa técnica é constituída por psicólogas, educadoras de infância, técnicas de serviço social e auxiliares de serviços gerais. Neste caso, a equipa conta ainda com apoio jurídico nos processos de proteção das crianças, assim como com apoio médico conforme as necessidades de cada criança ou jovem (APAC, n.d.i).

Os serviços prestados dizem respeito ao Centro Prescritor de Produtos de Apoio, o serviço de intervenção multidisciplinar, a “Oficina do Brinquedo”, o Banco de Apoio Social e ao Gabinete de Perícias Psicológicas (APAC, n.d.d). A APAC é credenciada como Centro Especializado – Entidade Prescritora de Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio – Diário da República nº 178 de 2 de agosto – Despacho nº 14725/99 (APAC, n.d.j). De acordo com a ISO (2007), os produtos de apoio são “qualquer produto especialmente produzido e disponível, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar qualquer impedimento, limitação da atividade e restrição na participação”, melhorando a qualidade de vida da pessoa. Para este serviço, contribuem um médico neuropediatra, uma médica fisiatra, uma terapeuta ocupacional, um técnico de psicomotricidade, terapeutas da fala, psicólogos e técnicas do serviço social, que se encarregam da prescrição, estudo e demonstração dos produtos, bem como da orientação após a aquisição dos mesmos (APAC, n.d.j).

O Serviço de Intervenção Multidisciplinar (SIM) surgiu pela necessidade de dar apoio às pessoas que não se enquadravam em nenhuma resposta social oferecida pela instituição, desde que sejam sócios da mesma. É um serviço autossustentado, sem nenhuma parceria (APAC, n.d.k). Nas áreas das doenças neurológicas congénitas ou adquiridas, fazem parte os serviços de reabilitação psicomotora através dos treinos das Atividades da Vida Diária (AVDs) e a avaliação/prescrição de produtos de apoio. Para problemas respiratórios, é

facultado o serviço de Cinesioterapia Respiratória e para problemas de linguagem, comunicação, fala e motricidade oro-facial, são disponibilizados os serviços da terapia da fala. A intervenção psicológica pode ser frequentada por crianças, jovens e adultos e recair sobre os temas de educação, sexualidade e comportamentos de risco (APAC, n.d.k).

A “Oficina do Brinquedo” é um serviço que surge através da necessidade de a equipa técnica da instituição promover uma participação ativa no ato de brincar, de crianças com necessidades específicas, que pelas suas dificuldades, não conseguem aceder e/ou utilizar todos os brinquedos (APAC, n.d.l). Este projeto tem como parceria de financiamento a SIC Esperança através do projeto “Movimento mais para todos”. Através deste serviço, podem ser comprados brinquedos adaptados e adaptar os já existentes, de forma a estimular as crianças a nível sensorial e/ou intelectual, com o intuito de promover a igualdade, criar referências na infância e garantir o direito ao brincar (APAC, n.d.l). Na instituição é realizada a avaliação do perfil funcional da criança e através da parceria com o Instituto Politécnico do Cávado e do Ave (IPCA), através do departamento de Engenharia Eletrotécnica e de Computadores, são realizados os estudos e as respetivas adaptações dos brinquedos (APAC, n.d.l).

O serviço do Banco de Apoio Social engloba dois projetos: o projeto “Tampinhas” e o Banco de Roupas, Artigos de Puericultura e Géneros Alimentares (APAC, n.d.m). O primeiro projeto atribui produtos de apoio aos indivíduos que deles necessitam, de forma a promover a sua autonomia, a integração e a participação social, através da recolha de tampas de plástico de produtos líquidos alimentares e de limpeza (APAC, n.d.m). O segundo projeto dá resposta ao nível de bens essenciais de primeira, destinados a apoiar crianças e famílias da comunidade, privilegiando o trabalho em rede com os parceiros sociais locais (APAC, n.d.m). Por fim, o Gabinete de Perícias Psicológicas, onde uma equipa de profissionais de psicologia que avalia o funcionamento psíquico individual e dá credibilidade a alegações, riscos e danos psicológicos dos indivíduos, vítimas de alguma situação de perigo (APAC, n.d.n).

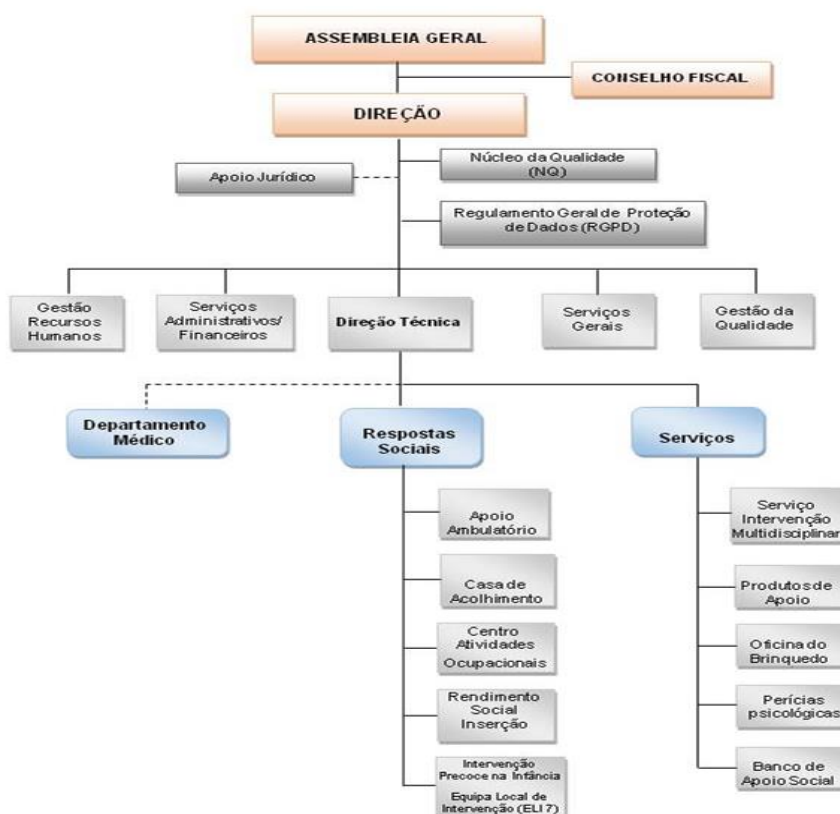
Na instituição existem outros projetos como a “Consulta de Avaliação e Intervenção Especializada em Dislexia”, onde é diagnosticada por uma equipa de um médico neuropediatra, terapeutas da fala e psicólogos, através da utilização de instrumentos específicos para a população portuguesa (APAC, n.d.o); um programa de sensibilização para a dependência da *internet* “(Re)Conectar”, onde são abordados os seguintes temas: 1 - a definição de dependências, 2 – base biológica da adição (dependência) 3 - perfis de utilizadores da *internet*; 4 - perigos da *internet* – o jogo patológico; 5 - relações virtuais – redes sociais; e 6 – *Bullying* e *Cyberbullying*. Este programa é desenvolvido pelo serviço de psicologia da APAC (APAC, n.d.o); o projeto “Passo a Passo” co-financiado pelo Instituto Nacional de Reabilitação (INR), que objetiva capacitar e (re)habilitar, a marcha funcional de crianças, jovens e adultos com problemas de desenvolvimento, deficiências congénitas ou

adquiridas, visando a autonomia, melhorando a qualidade de vida e o desempenho nas AVDs (APAC, n.d.o); o projeto “Sou Capaz” tem como objetivos capacitar, (re)educar e aumentar a participação ativa de toda a população com problemas no desenvolvimento ou deficiência, através de adaptações funcionais nos objetos de uso diário (canecas, talheres, tesouras, copos, mobiliário, etc...) (APAC, n.d.o); e o projeto “MoviSense”, também co-financiado pelo INR, que permitiu a aquisição de materiais e equipamos de estimulação sensorial, de onde surgiu a criação da Sala de Estimulação Sensorial (APAC, n.d.o).

Organograma funcional

O organograma funcional (Figura 1) é uma representação gráfica da hierarquia e organização dos membros da APAC (APAC, n.d.p). No expoente máximo desta hierarquia, encontra-se a Assembleia Geral, constituída por um presidente e dois secretários (APAC, n.d.p). Logo depois encontra-se o conselho fiscal, composto por um presidente, dois vogais e três suplentes (APAC, n.d.p). À direção pertencem um presidente, um vice-presidente, um tesoureiro, um secretário e um vogal (APAC, n.d.p), que são responsáveis pelo apoio jurídico, pelo Núcleo de Qualidade (NQ), pelo Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD) e assumem a gestão dos Recursos Humanos, os serviços administrativos/financeiros, a Direção Técnica (DT) e os serviços gerais. A DT atua diretamente nas respostas sociais e nos serviços e indiretamente no departamento médico (APAC, n.d.p).

Figura 3: Organograma funcional da APAC (APACp, 2020)



Para prestar uma melhor qualidade das respostas sociais e serviços aos seus clientes, a APAC conta com a ajuda de entidades locais e nacionais, em diferentes áreas.

Parcerias e Apoios

No que diz respeito às parcerias, a instituição conta com o apoio do Município de Barcelos para o pagamento dos transportes dos clientes do CAO das suas residências para a instituição; com o programa “SIGNIFICATIVO AZUL” da Polícia de Segurança Pública (PSP), que contribui para a segurança das pessoas com DID e dos que com ela interagem; do Centro de Recursos TIC para a Educação Especial de Viana do Castelo através do desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar de avaliação e monitorização dos produtos de apoio, no âmbito das Tecnologias de Informação e Comunicação, para as crianças com necessidades de medidas seletivas e adicionais, que frequentam estabelecimentos de ensino; do Instituto de Apoio à Criança (IAC), através da “REDE CONSTRUIR JUNTOS”, cujo lema é “aprender uns com os outros”, onde as instituições com responsabilidade em matéria de infância e juventude interagem umas com as outras e partilham ideias e experiências; da Orquestra Câmara Portuguesa com o projeto “OCP Solidária”, onde os clientes do CAO têm a oportunidade de contactar com artistas e com a música, e desenvolverem competências neste âmbito; do Basquete Clube de Barcelos de modo a promover a atividade desportiva junto das crianças e jovens acolhidos na “Casa dos Sonhos”, procurando transmitir um estilo de vida saudável e comportamentos positivos através da prática desportiva e do IPCA no serviço da “Oficina do Brinquedo”, como explicado anteriormente (APAC, n.d.q). A Oficina Stops Autogest é a mais recente parceria da APAC, oficializada em outubro de 2021 e oferece aos sócios, da instituição, vantagens e descontos nos serviços prestados por esta oficina (APAC, n.d.q).

Ao nível dos apoios, a APAC conta, desde 2014, com uma carrinha adaptada no âmbito do projeto “Frota Solidária” da Fundação Montepio; o INR apoiou os projetos “Boccia em Movimento” com o objetivo de promover a modalidade de Boccia, direcionada aos clientes do CAO, “Snoezelen para Todos”, “Na Música de Corpo e Alma” e o “Criativ@mente”, em 2015 e os “Os Apakitos”, “Sou Capaz”, e “Horas Vivas”, em 2016 (APAC, n.d.q). Conta ainda com o apoio da Fundação PT que financiou os projetos “NOVASTIC” possibilitando a aquisição de *softwares* e equipamentos informáticos no âmbito da comunicação digital, e o projeto “Tecla MAIS” que permitiu a aquisição de tecnologias de apoio para melhorar as capacidades visuais e de comunicação de crianças e jovens com multideficiência. A SIC Esperança, através do projeto “Movimento mais para todos” concedeu o apoio ao serviço da “Oficina do brinquedo” onde financia a adaptação eletrónica de alguns brinquedos, de acordo com as necessidades das crianças, conforme mencionado precedentemente (APAC, n.d.q).

Depois de finda esta apresentação da APAC Barcelos, e para o aprofundamento do conhecimento sobre os diagnósticos mais prevalentes dos casos com quem a estagiária interveio no serviço de Apoio Ambulatório na área da Psicomotricidade, será feita em seguida a caracterização de DID. Sob a forma de revisão da literatura, este capítulo permitiu a obtenção de informação essencial para uma contextualização dos comportamentos dos casos com quem se interveio e, conseqüentemente, para melhores práticas de intervenção.

Caracterização da População

Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

Definição e Diagnóstico

Ao longo dos últimos anos, a nomenclatura e o paradigma desta perturbação têm sofrido alterações e em 2007 a mais prestigiada associação mundial dedicada à DID passou a nomear-se *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), tentando acompanhar as mais recentes concetualizações e terminologias na área (Morato & Santos, 2007). É também neste ano, que Schalock et al. (2007) propõem a alteração de *mental retardation* (em português traduzido por deficiência mental) para *intellectual disability*, tendo sido visível o acordo internacional na mudança para este novo termo. Esta situação é observável mesmo no *Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM) (American Psychiatric Association, [APA], 2013) que apesar de se incluir num modelo psiquiátrico e de manter o termo para todas as perturbações (no original, *disorder*) abre uma exceção e acrescenta a possibilidade da dupla designação: *intellectual and developmental disorder/disability*. Esta situação foi também encontrada em Itália onde se passou a designar por *disabilità intellettuale* (Bertelli, 2013) e nos países de língua espanhola por *discapacidad intelectual* (Ministério de Educação Chile, 2010; Verdugo, 2003). No entanto, em Portugal e nos países de língua portuguesa parece que a mudança não foi consensual constatando-se, ainda, a diversidade na terminologia utilizada: deficiência intelectual (Sasaki, 2005), incapacidade intelectual (Sanches-Ferreira et al., 2012) e dificuldade intelectual e desenvolvimental (Morato & Santos, 2007; Santos & Morato, 2012a).

A opção pela utilização do termo DID fundamenta-se na incoerência na tradução de termos (e.g.: *learning disability* para *dificuldades de aprendizagem* – Morato & Santos, 2007), na necessidade de uma perspetiva mais positiva e de acordo com as novas concetualizações sobre a funcionalidade humana (Santos et al., 2018) assente no ajustamento dos apoios para a funcionalidade diária e participação social, pretendendo a mudança de atitudes face a estas populações são algumas das razões avançadas pelos autores. Ainda de acordo com os autores e corroborados por Sanches-Ferreira et al. (2012), a mudança de nomeação para

intelectual, ocorreu devido ao facto de o termo *mental* incluir as habilidades intelectuais e também todas as outras áreas psíquicas. O termo desenvolvimental, talvez o mais consensual, implica o período desenvolvimental e a influência do envolvimento ao longo de todo o percurso individual (Morato & Santos, 2007; Santos & Morato, 2012a).

Neste sentido, a definição de DID mais recente (Schalock et al., 2021) implica a concomitância de limitações intelectuais e do comportamento adaptativo, que surgem antes dos 22 anos e se manifestam em três domínios: conceptual (envolvendo linguagem, leitura, escrita, matemática, raciocínio, memória, entre outros), social (empatia, julgamento social, comunicação interpessoal, amizades, etc.), e prático (cuidado pessoal, responsabilidade no trabalho e/ou escola, gestão de recursos financeiros, lazer, organização de tarefas laborais, entre outros). A APA (2013) refere o seu aparecimento durante o período desenvolvimental, não estipulando nenhuma idade específica, e para a World Health Organization (WHO, 2016), que mantém o mesmo período de aparecimento, a DID decorre de um desenvolvimento mental incompleto.

Parece então ser consensual, entre as diversas organizações, três critérios (APA, 2013; Santos & Morato, 2012a; Schalock et al., 2021) para o diagnóstico de DID: a idade de aparecimento, as (limitações significativas nas) funções intelectuais e o comportamento adaptativo. A avaliação dos dois últimos critérios deve ser feita por testes validados e padronizados e os valores de corte para o diagnóstico devem-se situar dois desvios-padrão abaixo da média (Schalock, et al., 2021). De acordo com Katz & Lazcano-Ponce (2008) um diagnóstico deve ser rigoroso para uma maior adequação das decisões decorrentes: desde o estabelecimento do perfil individual, até à elegibilidade de apoios e propostas de soluções, entre outras, para uma vida com mais qualidade e com maior participação. Numa análise sobre a relação entre os critérios intelectual e adaptativo, Tassé e colaboradores (2016) estabelecem uma relação direta, alertando que não devem ser interpretados individualmente. Esta relação não pode ser considerada causativa, dadas as limitações em prová-lo científica e clinicamente, havendo necessidade de os considerar em “pé de igualdade”. Ambos os critérios são avaliados e refletidos em conjunto, tendo o mesmo peso no diagnóstico de DID, independentemente da sua ordem (Tassé et al., 2016).

A avaliação da pessoa com DID não se deve ficar exclusivamente reduzida a estas duas medidas (Santos & Morato, 2012b; Tassé et al., 2012), havendo necessidade de completar a informação com outras informações e considerando sempre cinco premissas (Schalock et al., 2010): 1) as limitações do funcionamento avaliadas têm de ter em conta o contexto; 2) a avaliação deve considerar a diversidade cultural e linguística, bem como os fatores como a comunicação, sensoriais, motores e adaptativos; 3) todas as pessoas (com e sem DID) têm limitações e capacidades; 4) e se se verificar a adequação do plano de apoio

individualizado e ajustado; 5) a funcionalidade de uma pessoa com DID irá aumentar, potenciando a qualidade de vida.

Etiologia e Prevalência

A origem multifatorial da DID parece ser algo consensual na literatura (Harris, 2006; Schalock et al., 2021), bem como o período temporal em que as exposições aos fatores de risco provocam limitações ao nível do desenvolvimento. Neste sentido, existem duas perspetivas etiológicas: uma temporal (Harris, 2006) e que engloba causas: *pré-natais* (e.g.: alterações cromossómicas, erros metabólicos, malformações cerebrais, síndromes e o meio envolvente); *perinatais* (problemas intrauterinos e neonatais); e *pós-natais* (relacionados com infeções, desmielinização, problemas degenerativos, malnutrição, convulsões e o envolvimento); e a outra relacionada com o tipo de causa e que envolvem os fatores (APA, 2013; Schalock et al., 2021): **biomédicos** (e.g.: mutações, genética e hereditariedade), **social** (e.g.: qualidade de estimulação e capacidade de resposta por parte do adulto), **comportamental** (e.g.: atividades perigosas e consumo de substâncias nocivas pela mãe) e **educativos** (e.g.: qualidade dos apoios educativos).

Kaufman et al. (2010) mencionam que 25 a 60% das causas da DID são os fatores genéticos e Percy et al. (2007) apontam 70%. Gustavson (2005) e Yaqoob e colaboradores (2004) afirmam que as sequelas neonatais correspondem a 13% da origem da DID, apesar de Kaufman et al. (2010) afirmarem ainda, que cerca de 60% dos casos de DID não têm uma causa identificável, atribuindo-lhes uma origem idiopática. A origem da DID também está a ser considerada ao nível da sua origem **sindromática** relacionada com a dismorfia fenotípica (craniofacial e esquelética), alterações de crescimento e neuromusculares e doenças metabólicas; e **não-sindromática** relacionada com existência de um défice cognitivo, não existindo alterações fenotípicas nem anomalias no funcionamento dos sistemas de órgãos (Kaufman et al., 2010).

Com uma prevalência de 2% a 3% em todo o mundo, esta perturbação representa um dos maiores desafios médicos e sociais (Iwase et al., 2017). Já Harris (2006) afirma que a prevalência da DID varia entre 1% e 3% e que 85% das pessoas com DID são classificadas como leve, 10% como moderada, 4% severa e, apenas 2% da população apresenta DID profunda (King et al., 2006).

Classificação

Ao longo dos tempos, a DID tem vindo a ser classificada de forma diferente, contextualizada nos diversos modelos existentes, verificando-se a utilização de três sistemas de classificação principais em Portugal. Associado à mudança de terminologia, destacam-se dois modelos de abordagem do funcionamento humano a nível nacional. Assim, o modelo

socio-ecológico, preconizado pela World Health Organization (WHO, 2001, 2016) é assumido nos principais documentos utilizados no âmbito da saúde – a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e a Classificação Internacional de Doenças (ICD-10). A CIF assume quatro dimensões: estruturas do corpo (segmentos corporais e órgãos), funções do corpo, atividades ou tarefas executadas por um indivíduo, e participação nas tarefas do quotidiano. Os fatores pessoais (características das pessoas) e ambientais (e.g.: características do contexto como acessibilidade, atitudes, etc.) podem atuar como facilitadores ou barreiras na experiência individual e conseqüentemente, ao nível da funcionalidade e da participação social (WHO, 2001). A WHO (2001, 2016), e dada a sua raiz médico-clínica, mantém a categoria de deficiência que, de acordo com o nível de severidade das limitações intelectuais, se subdivide em ligeira, moderada, severa e profunda. Este sistema de classificação é partilhado pela APA (2013) que, no entanto, e pela primeira vez, esclarece que as subcategorias se baseiam no nível de severidade do comportamento adaptativo.

Por outro lado, a abordagem funcional e multidimensional (Luckasson & Schalock, 2012) do funcionamento humano implica a reflexão e articulação de cinco dimensões: 1) habilidades intelectuais (inteligência, planificação, resolução de problemas, pensamento abstrato, intelecção de ideias complexas, aprendizagem rápida e aprendizagem através de experiências anteriores); 2) comportamento adaptativo (atividades que foram adquiridas e que são praticadas no quotidiano ao nível conceptual, social e prático); 3) saúde, 4) participação e assumir os papéis sociais esperados para o seu escalão etário; e 5) contexto envolvendo as condições do meio envolvente e as expectativas socioculturais (Schalock et al., 2021). Neste modelo, destacam-se os apoios que atuam como mediadores na relação entre a pessoa e o envolvimento (Luckasson & Schalock, 2012).

A nova conceitualização foca-se, agora, não nas limitações individuais, tal como acontecia no passado, “culpando” a pessoa pela deficiência, mas antes na qualidade de relação entre a pessoa e o contexto, que pode ser influenciado por inúmeros fatores que atuam como barreiras ou facilitadores, cabendo aos profissionais a seleção e a provisão dos apoios mais ajustados (Luckasson & Schalock, 2012; Santos et al., 2018; WHO, 2016). É neste sentido, que a mais recente conceitualização supõe um sistema de classificação não baseado nas limitações individuais mas antes na necessidade de apoios que a pessoa precisa para uma vida funcional e com qualidade e que podem variar (Schalock et al., 2021; Thompson et al., 2009): **intermitentes** ou esporádicos, utilizados só em circunstâncias de transição; **limitados** já mais consistentes com uma duração limitada; **extensivos** de uso diário em determinados contextos; e os **permanentes** ou constantes, de alta intensidade e utilizados durante um longo período. Incluídos nos apoios, consideram-se os recursos – físicos e/ou humanos – e as estratégias de modo a tornar a vida da pessoa com DID o mais autónoma

possível nas tarefas do quotidiano, em vários contextos, de acordo com os seus valores e interesses (Schalock et al., 2021).

Características

Antes de passar à caracterização da DID, há que abordar a existência de duas vertentes sobre o perfil de desenvolvimento das pessoas com DID: assim, alguns autores (e.g.: Hodapp, 1990) colocam a hipótese do desenvolvimento semelhante, ou seja, as pessoas com DID apresentam a mesma sequência de desenvolvimento cognitivo que os seus pares típicos, apesar da maior lentidão necessitando de mais tempo nos estádios; e outros (Bennet-Gates & Zigler, 1998 como citado em Burack et al., 1998) a hipótese da diferença do percurso desenvolvimental com as pessoas com DID a apresentar uma trajetória diferente dos seus pares típicos não se restringindo apenas a uma diferenciação temporal e do ritmo de aprendizagem. Tal como referido, todas as pessoas (com e sem DID) têm áreas fortes e áreas a promover, cujas manifestações dependem de uma série de fatores (de proteção e de risco) e que impactam a qualidade de desempenho. Mesmo tendo em consideração esta diversidade, a literatura aponta características comuns e inerentes ao diagnóstico de DID, pelo que, e para efeitos de um melhor conhecimento dos casos com quem se intervém, será feito um enquadramento geral das principais características em diferentes vertentes.

Características Cognitivas e Funções Executivas

Do ponto de vista cognitivo, e dado o passado histórico da DID que sempre enfatizou as limitações intelectuais, é possível perceber as dificuldades habitualmente expressas pelas pessoas com DID na definição de metas, em processo de autorregulação comportamental e gestão de estratégias (Malloy-Diniz et al., 2008; Rodrigues et al., 2019). Danielsson et al. (2012) reportam que as limitações intelectuais interferem no processo de aprendizagem e nas funções executivas (memória de trabalho, controlo inibitório e flexibilidade cognitiva), sendo perceptíveis ao nível do processamento de informação, nas tomadas de decisão, na planificação, com manifestações a vários níveis (e.g.: vida diária, escolar/académico e laboral) e, por isso, estão na base do controlo e da regulação do pensamento e das ações. Estes autores observaram que as componentes das funções executivas mais afetadas na população com DID foram o planeamento e a memória de trabalho (Danielsson et al., 2012). Kirk et al. (2015) também referem a existência de limitações na memória de trabalho, capacidade de planeamento, resolução de problemas e antecipação do sistema causa-efeito. A motivação e persistência em tarefas de causa-efeito nos primeiros anos de vida em indivíduos com DID parece ser um preditor das funções executivas em idades mais avançadas (Hauser-Cram et al., 2014). As pessoas com DID apresentam uma capacidade de atenção de baixa qualidade e de duração reduzida (Kirk et al., 2015; Steele et al., 2012). A elevada prevalência de

dificuldades cognitivas em crianças com DID e a falta de intervenção ou intervenção inadequada, limita o funcionamento intelectual das mesmas, prejudicando as capacidades básicas das funções executivas (Kirk et al., 2015).

Alloway (2010) constatou que estudantes com menores níveis de QI (Quociente de Inteligência) manifestam um perfil diferente em relação à memória de trabalho e às funções executivas. A fiabilidade das tarefas de memória de trabalho visuo-espacial na identificação correta de alunos com QI baixo, em detrimento dos seus colegas com um desenvolvimento típico, têm implicações práticas. As características comuns das limitações de memória de trabalho em sala de aula incluem o não lembrar das instruções dadas e a dificuldade em completar as atividades de aprendizagem, comprometendo assim o sucesso académico (Gathercole et al., 2006). No estudo de Levén et al. (2008), o desempenho da memória prospetiva das pessoas com DID foi restringido por limitações na memória retrospectiva e de trabalho, limitando a memória a longo prazo.

Blasi et al. (2007) referem que apesar de para alguns autores a DID não implicar diretamente uma limitação do funcionamento perceptivo-visual, as pessoas com DID demonstram esta limitação na organização perceptiva correlacionada com o grau de severidade. Giuliani et al. (2011) estudaram como é que os movimentos oculares podem estar relacionados com a deteção de alterações espaciais na disposição de objetos e descobriram que os indivíduos com DID eram mais propensos, que o grupo de controlo com desenvolvimento típico, a detetar permutações de objetos, tanto a olhar com mais frequência para os objetos deslocados, como a afirmar a mudança. Quanto à adição de objetos, as reações do grupo com DID foi semelhante à do grupo de controlo, mas o mesmo não se verificou no desaparecimento de um objeto, embora tenham identificado uma nova mudança de posição (Giulian et al., 2011).

Sgaramella et al. (2012) demonstraram que os indivíduos com DID revelam dificuldades em estabelecer um vínculo de similaridade entre itens de uma mesma categoria (fluência de categoria) e em lidar com situações que não fazem parte da sua rotina diária, nas quais estratégias cognitivas organizadas tiveram de ser identificadas e fortalecidas (flexibilidade mental). Também foram evidenciados défices na capacidade de autorregulação, uma vez que foram encontradas dificuldades em inibir a tendência natural de repetir o mesmo movimento realizado pelo examinador e em inibir respostas desajustadas (Sgaramella et al., 2012). Hartman et al. (2010) afirmam que as crianças com DID apresentam uma série de limitações na integração viso-motora e funções executivas, apesar dos poucos estudos que versem a relação com as capacidades motoras (Memisevic & Sinanovic, 2013) e os existentes a apontarem para pontuações mais baixas, nos dois domínios, pelas crianças com DID (Hartman et al., 2010). Beauchet et al. (2012) referem que as funções executivas têm um

efeito significativo na motricidade global, em tarefas como andar ou controlar a marcha. Por essa razão, as limitações ao nível das funções executivas refletem-se em incompatibilidades na vida diária das pessoas com esta perturbação (Rodrigues et al., 2019).

Características Linguísticas e Sociais

De acordo com a APA (2013), os sujeitos com DID manifestam dificuldades ao nível social e no desenvolvimento da comunicação, com dificuldades em manter e estabelecer contacto com os pares, limitando a sua participação social. As dificuldades mais comuns são ao nível do vocabulário e gramática, da compreensão dos sentimentos dos pares e da empatia, o que por sua vez complica a capacidade de fazer e manter amizades (APA, 2013). Danielsson et al. (2012) referem que os indivíduos com DID, no que diz respeito à fluência do discurso, não apresentam grandes problemas, mas estes aparecem a nível lexical em relação à ortografia e à fonética de algumas palavras.

O desenvolvimento da linguagem nas crianças com DID, mostra frequentemente atrasos, e as limitações cognitivas são consideradas a principal causa dos mesmos (e.g., hipótese de cognição - van der Schuit et al., 2011). Já Rondal (2001) considera-a uma visão limitada e sugere que embora haja estudos que indiquem que o nível de linguagem tenha sido considerado compatível com a idade mental das crianças com DID, outros encontraram uma variação nas áreas linguísticas que se desenvolvem mais rápido ou lentamente do que seria de esperar. Roberts et al. (2007) corroboram, afirmando que as crianças com T21 apresentam limitações específicas nas áreas de produção da fala, sintaxe e inteligibilidade da sua fala. Por outro lado, algumas crianças com DID apresentam níveis de vocabulário acima do esperado (Facon et al., 2002) e, com o apoio adequado, podem adquirir adequados níveis de comunicação e capacidades de alfabetização (van der Schuit et al., 2010).

Semelhante a crianças com desenvolvimento típico, há uma forte relação entre a memória de trabalho fonológica e o vocabulário em crianças com DID, com dificuldades em tarefas que envolvem a memória de trabalho fonológica (van der Molen et al., 2007). A memória de trabalho fonológica destas crianças parece ser mais afetada do que a memória visuoespacial, pois quando comparada a crianças com desenvolvimento típico de mesma idade mental, as crianças com DID tiveram melhor desempenho nas tarefas de memória visuoespacial, mas pior na tarefa de extensão de palavras (Henry & MacLean, 2002). Embora crianças com DID possam adquirir um vocabulário bastante extenso, as dificuldades específicas aparecem no desenvolvimento sintático, em relação aos seus pares típicos, na inteligência não verbal, na memória fonológica, no vocabulário e na sintaxe (Roberts et al., 2007; van der Schuit et al., 2011). A intervenção precoce na linguagem, deve focar-se nos fatores cognitivos e linguísticos do desenvolvimento da mesma (van der Schuit et al., 2011).

Apesar da importância das relações interpessoais, o círculo social das pessoas com DID normalmente é restrito a familiares e professores, apesar do seu desejo por uma vida “normal” e a baixa autoestima e maior dificuldade em sentir que pertencem a algum lugar, conduzem à desistência social, sendo fundamental a aceitação e inclusão social (Morisse et al., 2013), verificando-se que mesmo em ambientes inclusivos os alunos com DID não são tão aceites entre os pares típicos (e.g., Rillotta & Nettelbeck, 2007), tendendo para o isolamento e rejeição social (Heiman, 2000).

Adams & Oliver (2011) consideram dois pontos importantes: a capacidade de expressar emoções pelos indivíduos com DID através das expressões faciais, e a capacidade dos cuidadores para interpretar e compreender essas expressões, fundamentais para a compreensão das experiências internas, partilha de pensamentos e sentimentos. As pessoas com maiores necessidades de apoio tendem para a expressão pré-verbal (Matson et al., 2006; Santos & Morato, 2012b). Carvajal et al. (2012) observaram que as pessoas com DID e T21, não tiveram dificuldades em atribuir significado emocional às expressões faciais dos outros, mas demonstravam dificuldades na sua própria expressão facial, aumentando com o nível de severidade ou necessidade de apoios.

As dificuldades motoras e cognitivas que possam existir, pioram o desempenho das pessoas com DID nas atividades de autogestão diárias e diminuem as oportunidades de participar na vida em grupo com pares típicos ou a possibilidade de encontrar pelo menos um emprego, conduzindo à sua pouca participação e mesmo exclusão social (Jankowicz-Szymanska et al., 2012), potenciada pela ainda estigmatização (Santos, 2014), sendo fundamental o papel da família e educadores neste processo (Lippold & Burns, 2009).

Características Psicomotoras

De acordo com Fonseca (2021), os fatores psicmotores são dependentes de uma hierarquização funcional em que cada um contribui, de certa forma, para a organização global do sistema psicomotor e, por essa razão, serão abordados de seguida para perceber as facilidades e dificuldades das pessoas com DID na área. Quando existem comorbidades com a DID os fatores psicmotores com mais dificuldades são a noção do corpo, lateralização e motricidade, afetando as coordenações oculo-manual e oculo-podal (Santos, 2014). Ao afetar a sensibilidade do movimento da criança, a perceção do movimento também é afetada e, por sua vez, a psicomotricidade (Jucan et al., 2021).

Blomqvist et al. (2013), referem que os indivíduos com DID têm uma menor capacidade em realizar tarefas que impliquem tonicidade e equilíbrio, em relação aos pares típicos, com dificuldades no controlo postural (Rigolgi et al., 2011). A tonicidade corporal perturbada e a dificuldade na orientação espacial, diminuem o nível de equilíbrio estático e dinâmico

(Lahtinen et al., 2007), que se manifesta por movimentos inadequados, e aumenta o risco de quedas (Jankowicz-Szymanska et al. 2012; Lathinen et al., 2007). As dificuldades do planeamento da ação motora estão relacionadas com elementos neurobiológicos uma vez que tanto os processos cognitivos como os motores utilizam os mesmos componentes cerebrais e restringem a planificação, execução e tomada de decisões (Hartman et al., 2010). Os indivíduos com DID tendem a um menor desempenho em tarefas motoras que requerem a combinação de duas atividades, com dificuldades em desenvolver capacidades práticas (Jankowicz-Szymanska et al., 2012) com repercussões nas atividades de vida diária (Carmeli et al., 2008). Apesar das poucas evidências ao nível do desempenho físico os indivíduos com DID são capazes de realizar tarefas como abdominais, e destreza manual e equilíbrio estático, apesar da tendência para um desempenho inferior quando comparados com os pares típicos e declínio ao longo da vida dada a pouca prática de atividade física (Lahtinen et al., 2007).

Vuijk et al. (2010) apontam a menor qualidade de desempenho de crianças com DID ao nível da motricidade fina especificamente no âmbito da destreza manual, aptidões com bola e no equilíbrio, na coordenação oculo-manual, bem como em tarefas onde só é utilizada a mão dominante, apesar de pessoas com DID e menores necessidades de apoio realizarem tarefas manuais precárias que requerem interações entre o movimento da mão e as informações visuais. Carlier e colaboradores (2006) recordam a relação entre comportamento cognitivo e lateralidade atípica, mas não está explicado se é (ou não consequente) de dificuldades intelectuais, constatando a tendência para que as pessoas com DID sejam canhotos ou ambidestros, e com menor consistência na preferência podal (Gérard-Desplanches et al., 2006). A especialização da mão não é óbvia, mesmo em indivíduos com DID ligeira, hipotetizando-se de que pessoas com DID não apresentam simetria bilateral, durante a execução de tarefas de motricidade fina (Carmeli et al., 2008). As dificuldades de coordenação parecem estar mais relacionadas com a falta de transferência inter-hemisférica do que com défices nas funções dos hemisférios (Tallet et al., 2013), identificando-se limitações na noção, consciência e aceitação do corpo, eventualmente associados a questões afetivo-emocionais (Emck et al., 2012).

As diferenças entre crianças com DID ligeira e os seus pares típicos são poucas, sendo mais visíveis em atividades como correr e saltar, devido a um processamento cognitivo mais lento, apesar da possibilidade de um melhor desempenho prático se com os apoios adequados (Zinkl et al., 2013). Crianças em idade escolar com DID apresentam um desempenho mais baixo do que crianças com desenvolvimento típico em quase todas as capacidades motoras globais específicas (Westendorp, 2011).

Características Prático-Adaptativas

O comportamento adaptativo compreende as competências usadas nas tarefas no quotidiano, no sentido do funcionamento independente e da responsabilidade pessoal e social, e a nível nacional é definido como um: “conjunto de habilidades adquiridas ou aprendidas de modo a realizar atividades com êxito a nível das capacidades de independência e responsabilidade pessoal e social, através de adaptações, de modo a assumir um papel ativo na sociedade” (Santos & Morato, 2012b, p. 28). De acordo com a APA (2013), destacam-se as aprendizagens e a gestão de tarefas do dia-a-dia, de acordo com cada grau de severidade. Santos (2014) refere que os comportamentos adaptativos estão relacionados com atividades da vida diária, desde as capacidades de comunicação, aos cuidados de saúde e segurança e o saber de cuidar de si mesmo. Woolf et al. (2010) referem que as crianças com DID apresentam níveis inferiores de autocuidado – aprender a ir à casa de banho ou a andar – do que os seus pares com desenvolvimento típico. Apesar da heterogeneidade na manifestação das limitações, a APA (2013) considera que as pessoas com DID ligeira necessitam de apoios ao nível das tarefas do quotidiano (e.g.: ir às compras, gerir o dinheiro, tomar decisões relacionadas com a legislação, cuidados de saúde e na utilização da rede pública de transportes, entre outras), apesar de capacidades para entrar no mercado de trabalho em funções que não seja exijam constructos conceptuais abstratos; e no grau moderado de DID, a pessoa necessita de mais apoios ao nível das atividades da vida diária, aprendizagem académica (leitura, escrita e matemática e em contexto laboral, e esta intensidade de apoios acentua-se com o nível de severidade nos mais diversos setores (APA, 2013).

Santos (2014) ao comparar o comportamento adaptativo de crianças e jovens com e sem DID, a nível nacional, constatou, tal como expectável, um perfil adaptativo inferior das pessoas com DID possivelmente decorrentes da institucionalização com restrição de oportunidades, estigmatização e superproteção, bem como pelo foco nos conteúdos académico-cognitivos em detrimento dos funcionais-adaptativos, que acaba por condicionar as atividades quotidianas (Santos, 2020; Santos e Morato, 2016). Assim, se explica as dificuldades na autonomia, ao nível das atividades de higiene, alimentação, vestir/despir, mobilidade no contexto e segurança (Santos e Morato, 2012). Carlson (2010) afirma que historicamente, as pessoas com DID não têm acesso à autonomia, não usufruem de aprovação para fazer as suas próprias escolhas e argumentam que, devido às suas limitações, não são capazes de fazê-lo, parecendo estas questões dependerem da relação com os cuidadores e qualidade dos apoios (Björnsdótti et al., 2014) e da superproteção (Santos, 2014, 2020). De acordo com a evolução na área, Santos et al. (2014) consideram necessária uma reavaliação das pessoas com DID, cujo diagnóstico tenha sido apenas

baseado nos valores dos testes de QI, uma vez que é essencial acrescentar as características prático-adaptativas. As características ambientais (físicas e atitudinais) também devem ser consideradas, dado atuarem como uma limitação, mais do que o próprio diagnóstico, à participação das pessoas com DID (Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b; Woolf et al., 2010).

Apesar de não incluídos nos comportamentos adaptativos, os desajustamentos comportamentais também parecem ser típicos nas pessoas com DID (Santos & Morato, 2012b), com Kiernan & Kiernan (2010) a reportarem que 10 a 20% das pessoas com DID apresentam um comportamento desafiador, com tendência crescente na fase da adolescência, e Silva et al. (2018) a apontarem os comportamentos auto-abusivos como a agressividade, auto-lesão e comportamentos estereotipados (Bowring et al., 2017; Nicholls et al., 2020), cuja presença varia de acordo com as características sociodemográficas (e.g. idade cronológica e género) e diagnósticos. A prevalência de comportamentos desafiadores aumenta com a idade até ao início da idade adulta e persiste com o tempo (Davies & Oliver, 2013), apesar de alguns resultados inconclusivos (Bowring et al., 2017; Nicholls et al., 2020). De uma forma geral, são as pessoas com DID do género masculino que exibem comportamentos mais desafiadores (e.g.: agressão - McClintock et al., 2003) com tendência para a externalização (Santos & Morato, 2012b), apesar de resultados inconclusivos (Bowring et al., 2017; Lunqvist, 2013; Nicholls et al., 2020) ou mesmo contraditórios (Jones et al., 2008). A relação causal entre comportamento adaptativo e desajustamentos ainda não é clara (Di Nuovo & Buono, 2007), apesar das consequências na aprendizagem e desempenho adaptativo (Bickwedel et al., 2019; Nicholl et al., 2020) que aumentam com o nível de severidade (McClintock et al., 2003).

Características Positivas

A consideração dos pontos fortes de adolescentes e jovens adultos com DID é fundamental para planear a transição da escola para a vida adulta, pois os pontos fortes devem orientar a identificação de objetivos pós-escolares significativos (Park & Peterson, 2006). Nos últimos anos, no campo da psicologia positiva, a avaliação e intervenção derivada de uma compreensão das forças e virtudes de carácter tem recebido uma atenção significativa, embora a ênfase tenha sido principalmente na aplicação a jovens e adultos sem perturbações associadas (Shogren et al., 2017). Fatores como idade, género, tipo de dificuldades, grau de severidade e presença de comportamentos desafiadores, podem ser relevantes para detetar variações nos pontos fortes dos indivíduos com DID (Carter et al., 2015). As experiências vividas também representam outro fator, visto que a participação em atividades extracurriculares oferece oportunidades mais diversas para desenvolver e aprofundar traços positivos. Os autores também referem que fatores ao nível da família (e.g.: educação dos

pais, nível socioeconómico e número de filhos) podem desempenhar um papel na definição das oportunidades que as pessoas com DID têm para desenvolver e expor as suas características positivas. Mas pouco se sabe sobre até que ponto os pais veem os seus filhos em termos das suas qualidades.

Em relação aos traços de personalidade, os pais identificaram 11 pontos fortes, dos filhos com DID, que representavam disposições ou atitudes cativantes, incluindo ser feliz, dedicado, resiliente, positivo, autodeterminado e ter sentido de humor, descrevendo esses pontos fortes como uma função das circunstâncias e não necessariamente como uma função das interações humanas. Nas capacidades cognitivas, os pais descreveram sete competências distintas como indicativas dos pontos fortes dos seus filhos e envolvendo capacidades mentais distintas como pensar, imaginar, saber ou lembrar (Carter et al., 2015). Nas suas habilidades (e.g., "atletismo", "bom a cozinhar", "cuidar de animais"), os pais destacaram a diversidade de talentos que os jovens possuem e embora raramente forneçam uma descrição extensa dessas habilidades, apresentam-nas como indicadores importantes e únicos dos pontos fortes dos seus filhos. Os *hobbies* foram definidos como pontos fortes pelos pais, mas para os quais não havia indícios de proficiência, com interesses diversos: música, artes e atletismo (Carter et al., 2015).

A Classificação de Pontos Fortes da VIA (Peterson & Seligman, 2004), emergiu de um projeto de 3 anos, tendo sido projetado para identificar componentes de bom caráter identificando-se 24 pontos fortes de caráter (e.g. criatividade, honestidade, bondade, justiça, autorregulação, esperança) organizados em seis virtudes abrangentes (sabedoria, coragem, humanidade, justiça, temperança e transcendência) (Shogren et al., 2017). Jovens com perturbações ou dificuldades, comparativamente aos pares típicos, tendem a pontuar menos os seus pontos fortes de caráter, com diferenças significativas ao nível da humildade, liderança e entusiasmo, na virtude e justiça, o que fundamenta a importância de avaliar e intervir para promover a compreensão e utilização dos pontos fortes aos indivíduos (Shogren et al., 2017).

Comorbilidades

A APA (2013) refere as DID como perturbações crónicas que podem ocorrer concomitantemente com outras perturbações, destacando-se a PEA – considerada como a principal para a WHO (2016), PHDA, Epilepsia (Blickwedel et al., 2019), Paralisia Cerebral (Katz & Lazcano-Ponce, 2008), e Perturbações da Linguagem. No âmbito das questões psiquiátricas, com cerca de 40% dos casos (Costello & Bouras, 2006), a literatura aponta para perturbações do humor, ansiedade, sono, perturbação obsessivo-compulsivo, stress pós-traumático e fobias. A prevalência de deficiência sensorial (visual e auditiva) é maior em

adultos com DID do que na população em geral (Kiani & Miller, 2010), vulnerabilizando o indivíduo a desenvolver problemas comportamentais e doenças do foro psiquiátrico (Carvill, 2001).

A DID vs. os casos com quem se interveio

A maioria das crianças que frequenta as sessões de psicomotricidade na APAC apresentam DID ligeira, e são autónomos na realização das tarefas do dia-a-dia. Algumas crianças com DID com que a estagiária interveio estavam a realizar as consultas via *internet*, através do SID, e outras optaram por sessões presenciais.

A nível cognitivo, as crianças e jovens com DID com que se interveio apresentavam limitações superficiais demonstrando pequenas dificuldades no planeamento das ações, interpretação das informações e capacidade de tomar decisões, eventualmente explicadas pelas limitações na memória de trabalho, flexibilidade cognitiva e controlo inibitório (Danielsson et al., 2012; Hill et al., 2004). Os casos acompanhados apresentavam uma capacidade de atenção de baixa qualidade e de duração reduzida (Kirk et al., 2015; Steele et al., 2012). Apesar da tendência para dificuldades na fluência de categorias (Sgaramella et al., 2012), essa não era uma característica muito comum na população acompanhada, uma vez que as crianças não apresentavam dificuldades em realizar atividades que implicassem a similaridade entre itens de uma mesma categoria. As dificuldades ao nível da alteração de rotinas e autorregulação (Sgaramella et al., 2012), puderam ser observados no decorrer das sessões pois, por vezes, foi necessário modificar os horários das mesmas e, aquando desse acontecimento, algumas crianças não compareciam na nova hora e manifestaram dificuldades no autocontrolo, uma vez que ao mínimo estímulo visual e/ou sonoro, modificavam o seu comportamento. As limitações executivas nas pessoas com DID têm um efeito significativo na motricidade global (Beauchet et al., 2012) e esta questão foi verificada, uma vez que todas as crianças e jovens acompanhados apresentavam limitações ao nível da coordenação motora, da dissociação dos membros e na agilidade.

As crianças com DID não apresentaram as dificuldades ao nível social e no desenvolvimento da comunicação, com dificuldades em manter e estabelecer contacto com os pares, visto que todas as crianças se mostraram recetivas à estagiária e às suas propostas de atividades e foi conseguida uma relação terapêutica de qualidade. Por apresentarem DID ligeira, a linguagem utilizada pela população não é unilateral, ao contrário do que refere a APA (2013), conseguindo iniciar uma conversa e mantê-la. As dificuldades ao nível de tarefas que implicavam a combinação de duas atividades (Jankowicz-Szymanska et al., 2012) foram sentidas, uma vez que ao realizar uma tarefa de agilidade, em que a criança tem de saltar à “tesoura”, coordenando o movimento dos braços e das pernas, observaram-se limitações na

coordenação motora e no equilíbrio dinâmico. As crianças com DID tendiam a uma menor capacidade em tarefas que implicasse tonicidade e equilíbrio, com dificuldades no controlo postural (Blomqvist et al., 2013; Rigolgi et al., 2011) especialmente de olhos fechados. Estas crianças não apresentavam uma lateralidade bem definida (Carmeli et al., 2008).

As crianças e jovens com DID com quem se interveio manifestavam dificuldades em escolher a roupa, tratar da sua higiene e deslocar-se de forma autónoma, com impacto no seu comportamento adaptativo (Santos, 2014). Os comportamentos desajustados (e.g. autolesão, comportamentos auto-abusivos, comportamentos desafiadores) não foram verificados no decorrer das sessões com esta população. Nas características positivas destacam-se a felicidade, dedicado, positivismo, autodeterminação e sentido de humor (Carter et al., 2015) e honestidade, bondade e o sentido de justiça (Shogren et al., 2017). Algumas crianças e jovens apresentam comorbilidades como PHDA, Perturbações da Linguagem e à PEA (APA, 2013).

Antes de terminar este capítulo, há que abordar a intervenção psicomotora de uma perspetiva teórica no sentido da sua concetualização, para em seguida se caracterizar a intervenção da estagiária na instituição, no equilíbrio entre missão e valores da instituição, conhecimento das características habitualmente associadas a crianças que beneficiam de apoio psicomotor e os princípios da psicomotricidade e respetiva mediação corporal.

Intervenção Psicomotora e contextos da Psicomotricidade na Instituição

Para Fonseca (2001) a Psicomotricidade como ciência compreende o campo transdisciplinar que se foca na relação entre o psiquismo e o corpo e motricidade, e que centrada numa visão multidimensional da pessoa, procura a mediação para a qualidade de relação com o contexto, através da estimulação de um conjunto de vertentes (Fonseca, 2021). Jolanta et al. (2015) afirmam que a psicomotricidade é baseada em conhecimentos neurofisiológicos e psicopedagógicos, sendo corroborados por outros autores (Emck & Bosscher, 2010; Martins, 2001; Probst et al., 2010) para quem a psicomotricidade se baseia numa versão holística do ser humano, através da integração de aspetos cognitivos, emocionais e motores relacionados com a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial. Para Jucan et al. (2021) a psicomotricidade funciona como um “GPS pessoal”, uma vez que é a base para um indivíduo aprender a se situar no espaço e no tempo, para se adaptar ao ambiente educacional e social em constante mudança.

Probst et al. (2010) referem que o termo “psicomotor” foi utilizado pela primeira vez na Alemanha em 1844, pelo neuropsiquiatra Wilhelm Griesinger e em 1905, em França, Dupré redescobriu o termo e, seguido por Wallon, De Ajuriaguerra, Berges, Stambak, entre outros, desenvolveram a psicomotricidade para crianças com base na pedagogia, psicologia e

psiquiatria através da educação, treino e terapia psicomotora. A estrutura dos seus ideais é a ligação entre corpo e mente com base na psicanálise perspetiva. Vermeer et al. (1997) dizem que inicialmente, a terapia psicomotora adquiriu o nome de “terapia do movimento”, mas ao longo do tempo caiu em desuso, uma vez que começaram a relacionar o movimento com atividades orientadas para o corpo, como relaxamento, perceção sensorial e corporal e, por isso, a “terapia do movimento” tornou-se num tipo de psicoterapia orientada para o movimento e o corpo no seu todo, daí o novo termo “terapia psicomotora” (Probst et al., 2010), apesar de se utilizar, neste relatório, a terminologia de intervenção psicomotora, dada a multiplicidade de contextos e objetivos trabalhados ao longo do ano letivo.

A intervenção psicomotora é vista como uma mediatização em que o terapeuta analisa e faz a mediação entre a desadaptação pessoal e as exigências envolvimentoais de pessoas com dificuldades desenvolvimentais, imaturidade psicomotora e limitações na aprendizagem, comportamento e psicoafectivas (Fonseca, 2001) através do uso de duas fontes de informação: a observação do comportamento psicomotor e do movimento subjetivo autorrelatado, e experiências corporais (Emck & Bosscher, 2010). Segundo Kułakowska et al. (2010), esta é uma intervenção de integração, onde a partir de exercícios de motricidade, se estimula o desenvolvimento das funções do Sistema Nervoso Central (SNC), com o objetivo de se contruírem redes neuronais que são responsáveis pelos processos de integração do cérebro. Através da realização e consciencialização dos movimentos, o indivíduo deverá obter um controlo do seu próprio corpo, de si mesmo, o que levará a melhorar os processos cognitivos e o funcionamento das funções executivas e, conseqüentemente, a uma melhor integração do SNC (Kułakowska et al., 2015). De acordo com Jucan et al. (2021) crianças com perturbações do neurodesenvolvimento e DID apresentam dificuldades na coordenação motora e orientação espacial, em todos os fatores determinantes: perceção, orientação, entre outros e essas dificuldades psicomotoras requerem intervenções especializadas desde a primeira observação de sua ocorrência, bem como a avaliação do desenvolvimento dos componentes psicomotores.

É importante mencionar que a intervenção psicomotora não é sujeita a um único modelo, pois existem diferentes modelos metodológicos. O objetivo geral desta intervenção é desenvolver ou substituir as capacidades individuais através de uma abordagem corporal (e.g., movimentos, postura, ação, gestos), ou seja, o corpo desenvolve diferentes habilidades e capacidades em todos os aspetos (motor, emocional, social, comunicativo, linguístico, intelectual e cognitivo) (Berdila et al., 2019). Já de acordo com Boscaini & Saint-Cast (2010), a intervenção psicomotora visa reduzir as perturbações psicomotoras, não por condicionamento ou estimulação circunscrita, mas permitindo que a criança desenvolva o seu equilíbrio psico-corporal e, portanto, adquira novas formas de se expressar e agir. Os mesmos

autores afirmam que na intervenção psicomotora, a emoção é o ponto de partida da relação e da ação terapêutica, pois promove o encontro e a troca como a vivência concomitante de diferentes sensações e, portanto, a sua integração intermodal. Referem ainda que uma relação terapêutica baseada no movimento, promove o desenvolvimento de competências funcionais e oferece à criança um espaço de segurança e liberdade para conquistar e se exprimir, permitindo desenvolver as capacidades motoras, preceptivas e cognitivas. Fonseca (2001) vai ao encontro de Boscaini & Saint-Cast (2010), pois considera que na intervenção psicomotora é dada evidência ao corpo vivo, agido e criativo, que é integrado e orientado no espaço e no tempo e sujeito a estímulos externos. O vínculo tónico-emocional desenvolve-se através da comunicação, desde a dependência da imitação e da sintonia, à autonomia de antecipação e representação, de um sujeito imaturo guiado por um terapeuta até a um indivíduo suficientemente livre e autónomo nas suas ações (Boscaini & Saint-Cast, 2010). A intervenção psicomotora parece promover o comportamento adaptativo e minimizar os comportamentos desafiadores (Santos & Morato, 2012b) através da autorregulação do comportamento e de estratégias de *coping* adequadas à idade do indivíduo (Emck & Bosscher, 2010), facilitando o transfeere para as AVDs.

Posto isto, Fonseca (2010) considera a intervenção psicomotora uma área multifacetada e, por isso, é associada a conceções de prevenção, educação, reeducação, terapia e reabilitação, sendo desta forma, possível intervir nos campos da saúde, educação, segurança-social e bem-estar. Probst et al. (2010), afirmam que pode a intervenção psicomotora pode ser incorporada em vários contextos psicoterapêuticos, como a terapia comportamental, cognitiva ou psicodinâmica, podendo ser encarada numa perspetiva tridimensional: educacional, em idade pré-escolar e escolar; reeducação, quando são colmatadas dificuldades motoras e/ou emocionais; terapêutico, quando se pretendem desenvolver os fatores psicomotores que são acompanhados por perturbações comportamentais ou do neurodesenvolvimento. A perspetiva tridimensional é encontrada num grande número de artigos científicos que sustentam a importância da qualidade do processo psicomotor nos três níveis para garantir o alcance dos objetivos (Calza & Contant, 1986; Coquerel et al., 2014; Maite et al., 2015).

Em contexto clínico, o programa de intervenção psicomotora é desenhado de acordo com as capacidades do indivíduo, após uma avaliação e definição de objetivos gerais e específicos para as capacidades a desenvolver ao longo do período de intervenção, baseado nos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina), pois todos interferem nas AVDs, podendo ou não comprometê-las (Fonseca, 2021; Jolanta et al., 2015; Santos, 2014, 2017; Santos & Morato, 2012). Ainda neste contexto, o objetivo da intervenção psicomotora é a

minimização das dificuldades e limitações relacionadas com a coordenação dos movimentos motores, comportamento, emoções, funções executivas (e.g. memória, atenção), leitura, escrita e matemática (Jolanta et al., 2015; Santos, 2014; Santos & Morato, 2012). Existem autores que referem que as dificuldades não estão relacionadas com realização dos movimentos em si, mas sim à sua eficiência, determinada pela forma como a informação é recebida e interpretada, e pela qualidade da resposta. Logo, este é um processo complexo, corroborando as forças motoras com as psíquicas para a realizar a ação, processo esse que envolve também as funções perceptivas, sensoriais e intelectuais, representando então, a psicomotricidade (Emck & Bosscher, 2010; Jolanta et al., 2015). De acordo com Martins & Rosa (2005), a intervenção psicomotora permite melhorar o tempo de concentração e atenção na tarefa, desenvolver as capacidades de autocontrolo e autorregulação, moderando os comportamentos desviantes e melhorando as capacidades sociais, a compreensão e a comunicação não-verbal.

O papel do psicomotricista é caracterizado por uma participação interativa e de apoio (Emck & Bosscher, 2010) e, dependendo da solicitação do tipo de apoio, das capacidades do indivíduo e/ou dos objetivos terapêuticos e do quadro psicológico de referência em que se atua, o psicomotricista poderá escolher uma intervenção mais orientada para a ação ou mais orientada para a experiência (Probst et al., 2010). Na intervenção psicomotora orientada para a ação, a ênfase está principalmente no desenvolvimento das capacidades mentais (e.g. funções executivas) e físicas e no apoio ao desenvolvimento pessoal. As atividades visam aprender, desenvolver, treinar e/ou praticar as proficiências psicomotoras, sensorio-motoras, perceptivas, cognitivas, sociais e emocionais. Ou seja, a intervenção é direcionada às capacidades motoras global e fina, coordenação motora, equilíbrio, tempo e espaço, percepção, atenção, interação com materiais, reconhecimento de estímulos, supressão de passividade, alteração do comportamento, proficiência social, aprendendo a colaborar, a lidar com as emoções e a aceitar responsabilidades (Probst et al., 2010). Na intervenção psicomotora orientada para a experiência, os indivíduos participam ativamente nas atividades e tarefas, experienciando emoções e pensamentos e aprendendo a lidar com os mesmos, podendo existir a descoberta de novas emoções e experiências, fazendo surgir uma discrepância entre a realidade e a maneira como a pessoa vê a realidade. O que é importante não é a atividade em si, mas a experiência e percepção interna que o indivíduo tem da mesma. Neste tipo de intervenção psicomotora, a ação é focada na expressão e regulação das emoções, aumentar a tolerância à frustração, atenuar comportamentos impulsivos, melhorar a orientação da realidade, melhorar a interação social, aprender a traçar limites, fortalecer a autoconfiança, melhorar a percepção corporal e a autopercepção, lidar com o medo do fracasso,

desenvolver a autorreflexão, explorar a vida emocional e social, de forma a resolver os conflitos inter e intrapsíquicos conscientes (Probst et al., 2010).

Probst et al. (2010) referem ainda que a orientação cuidadosa, o incentivo do terapeuta e a possibilidade de vivenciar sentimentos e experiências novas num ambiente seguro permitem que o indivíduo desenvolva comportamentos que não teria experimentado de outra forma ou noutra ambiente. Os autores concluem que a intervenção psicomotora orientada para a experiência oferece uma abordagem mais reflexiva do que a orientada para a ação. Referem ainda, que em ambas as direções da intervenção psicomotora, esta não é apenas “fazer exercício” ou “realizar atividades lúdicas”, pois o movimento é utilizado como uma ferramenta terapêutica para estimular a incorporação da mente que necessita de treino e capacidades específicas (Probst et al., 2010).

Com isto, a intervenção psicomotora também pode implicar duas vertentes: a relacional e a instrumental, também conhecida como funcional. A primeira, de acordo com Vieira (2009), é uma prática que permite a manifestação e superação de conflitos relacionais “interferindo de forma clara, preventiva e terapêuticamente, sobre o processo de desenvolvimento cognitivo, psicomotor e sócio emocional, na medida em que estão diretamente vinculados a fatores psicoafectivos relacionais”. A sua prática pressupõe o jogo espontâneo, dando privilégio à comunicação não-verbal, em que o corpo em movimento induz a expressão de sentimentos que mais tarde se tornam conscientes, ou seja, num primeiro momento as emoções e sentimentos surgem de forma impulsiva e inconsciente e depois, com este tipo de intervenção, tornam-se conscientes (Martins, 2001; Vieira, 2009). Já a vertente instrumental valoriza a intencionalidade e a consciencialização da ação, existindo uma maior relação com o espaço e com os materiais, através de uma experimentação sensório-motora. As atividades são mais dirigidas e dependem da criatividade e iniciativa do indivíduo para a resolução de problemas (Martins 2001; Vieira 2009). Martins (2001) refere que na intervenção psicomotora, as duas componentes são inseparáveis e ambas devem estar presentes durante o processo de intervenção. Na instituição e ao longo do estágio foi possível observar esse mesmo acontecimento, uma vez que foram realizadas tarefas e atividades com significado, traçadas através dos objetivos de cada criança ou jovem, com vista ao desenvolvimento das competências menos fortes de cada um, facilitando as tarefas do dia-a-dia e as relações sociais.

A intervenção da estagiária não assumiu nenhuma das vertentes em particular, jogando no equilíbrio das mesmas, pois na instituição não existe uma limitação clara entre as perspetivas descritas anteriormente, dado que foram tidos em conta os objetivos delineados, os interesses da criança e da família e as suas necessidades, e dando sempre importância à relação terapêutica, através de atividades e tarefas práticas, concretas e funcionais. De

momento, na APAC existe apenas um psicomotricista no AA, para mais de 40 crianças acompanhadas no serviço, não tendo sido demonstrado o interesse na contratação de mais técnicos da área para essa ou outra valência. O foco da estagiária foi baseado na relação empática, numa postura de escuta ativa e de confiança na relação terapêutica, identificar as áreas a desenvolver, tal como as áreas fortes e qualidades de cada criança, para em seguida, elencar o tipo de apoios a oferecer, estabelecer os objetivos a estimular, bem como a seleção (ou conceção) de atividades para atingir os objetivos estipulados e contando sempre com a participação da criança e dos cuidadores informais mais próximos. O trabalho com e pelos fatores psicomotores fundamentou e distinguiu a atividade da estagiária, de outros profissionais e estagiários, que, contudo, alargou o campo de promoção de competências (socioemocionais, cognitivas) visando sempre a maior funcionalidade, participação social e uma vida com mais qualidade.

Para Jucan et al. (2021) a psicomotricidade é uma parte significativa na educação de crianças com PEA e DID porque os ajuda a construir melhor relacionamento com os outros, com o meio ambiente ao seu redor, para lidar com a educação requisitos e, assim, promover o bem-estar pessoal. Assim Martins (2001), afirma que o corpo é o instrumento de trabalho do psicomotricista, sendo através dele que o indivíduo estabelece as interações com os diversos contextos e, para isso, o psicomotricista deve ser um elemento de mediação das relações terapêuticas (Martins, 2001) e deve-se preocupar com as (re)aprendizagens motoras e com os respetivos processos de reaprendizagem, desenvolvimento, modificação, interceção e contextualização das funções recetivas, integrativas e expressivas (Fonseca, 2010).

Neste momento, estão reunidas as condições para a apresentação e descrição das atividades de estágio vivenciadas pela estagiária durante o ano letivo na APAC, pelo que as mesmas serão apresentadas na próxima secção.

Prática

Esta secção do relatório tem como objetivo descrever e analisar a intervenção da estagiária ao longo do ano letivo de estágio na APAC. Desta forma, e como uma visão global serão apresentados: organização do estágio, progressão da atividade da estagiária, horários, casos e suas principais características, espaços e sessões de intervenção psicomotora, resumo do plano de avaliação e intervenção geral. Dada a extensão da atividade da estagiária vs. o número de páginas do relatório, será apresentado um estudo de caso, como exemplo mais pormenorizado do que foi implementado ao nível do apoio da psicomotricidade.

Realização da Prática Profissional

Este capítulo faz referência à prática da estagiária na instituição, desde a organização do estágio e calendarização, caracterização do contexto, processos de intervenção e avaliação, e caracterização dos casos com que se interveio. As sessões de psicomotricidade, serviço que a estagiária integrou, na APAC ocorrem de segunda a sexta-feira. Às segundas-feiras ocorrem das 9.15h às 18.00h, às terças, quartas e quintas das 9.15h às 17.15h e às sextas-feiras, das 10.15 às 17.15h. O horário estabelecido para a estagiária inicialmente foi todos os dias, da parte da tarde e à terça-feira o dia todo. Com o avançar do tempo, e de modo a proteger os terapeutas de possíveis contágios da COVID-19, o dia completo passou a ser a sexta-feira, uma vez que as crianças que frequentavam as sessões à terça-feira de manhã, estavam constantemente a retirar a máscara, não percebendo o sentido de a utilizar. A intervenção presencial desenvolvida pela estagiária apontou para a estimulação do desenvolvimento dos fatores psicomotores, comportamento adaptativo e da cognição. Ao nível do SID, a intervenção baseou-se na potencialização das competências cognitivas e dos fatores psicomotores – lateralização, estruturação espaço-temporal e noção do corpo.

Descrição, organização do estágio

A primeira reunião de estágio ocorreu no dia 24 de setembro de 2020, via internet através da plataforma *ZOOM* e contou com a presença da estagiária, do orientador local e da orientadora académica, tendo-se procedido à apresentação dos objetivos e funcionamento quer do RACP, quer dos interesses da instituição no acolhimento da estagiária, ao mesmo tempo que se apresentou a instituição de forma breve e foram tiradas as dúvidas sobre a organização do estágio, população alvo e forma como a intervenção psicomotora era trabalhada na instituição. Nesta reunião, ficou estabelecido que o estágio teria início, após a realização de um teste à COVID-19 negativo por parte da estagiária, o que aconteceu no dia 6 de outubro de 2020, com uma visita guiada, pelo orientador local, por toda a instituição, de forma a ser perceptível o funcionamento da mesma. Ainda neste dia, o orientador local apresentou a plataforma *online* que a instituição utiliza para sua organização, onde está

presente uma base de dados de cada cliente (anamnese, últimas consultas, terapias que frequenta, avaliações, objetivos de cada terapia, registo dos acontecimentos nas sessões...) e o armário presente no gabinete de psicomotricidade, com todos os materiais e jogos disponíveis para as sessões nesse local.

Ao longo da primeira semana foram realizadas sessões de observação participada onde a estagiária conseguiu perceber o tipo de atividades realizadas com cada criança ou adolescente, quer presencialmente, quer no SID. Esta fase de observação permitiu ficar a conhecer melhor os métodos de intervenção psicomotora praticados na instituição e a recolha de informação sobre as crianças e jovens, ao mesmo tempo que ia registando a organização das sessões e a forma como se concretizava a comunicação entre psicomotricista e criança. Na segunda semana, a estagiária iniciou a intervenção participada, sempre com o apoio e supervisão do orientador local. Durante todo o período de estágio, foi permitido que a estagiária tivesse liberdade para intervir e propor atividades, de acordo com as necessidades de cada cliente. As sessões não exigiam um plano estruturado, sendo realizadas consoante a disposição de cada criança no dia, e considerando sempre os seus objetivos e características. Importa referir que as sessões presenciais foram realizadas maioritariamente no gabinete de psicomotricidade, devido ao estado pandémico atual, pois não era recomendada a circulação de pessoas nos corredores, para evitar ajuntamentos e locais frequentados por outros profissionais e clientes. O ginásio, a sala de integração sensorial e a sala de Snoezelen também são utilizados, mas com menor frequência. A partir da semana de 22 de fevereiro de 2021, a instituição iniciou um processo de obras de requalificação, tanto na parte exterior, como na parte interior e as salas sensoriais foram desmontadas e o ginásio passou a dar lugar a sala de arrumos, provisoriamente. As sessões ficaram restritas ao gabinete de psicomotricidade.

Calendarização do estágio

Como referido, o estágio teve início no dia 6 de outubro de 2020 e terminou no dia 31 de maio de 2021. A tabela 1 descreve o horário da estagiária até ao dia 3 de novembro, momento em que ficou estabelecido que devido às características comportamentais das crianças, que frequentam as sessões à terça-feira da parte da manhã, a estagiária passaria a frequentar o horário da tabela 2 (com alteração de 15min para se evitar contactos e ajuntamentos). A estagiária acompanhou 20 crianças, entre os 7 e 16 anos, com diferentes diagnósticos e características, que beneficiavam das sessões de psicomotricidade de 15 em 15 dias, que será retratado nas tabelas seguintes. As crianças que estão identificadas com SID, têm intervenção *online*. Devido ao avançar da pandemia, algumas crianças tiveram de ficar em isolamento profilático e as sessões que estavam previstas ser presencial, ocorreram através do serviço de intervenção à distância.

Tabela 1: Horário da estagiária até dia 3 de novembro de 2020

Hora	2ª feira	Hora	3ª feira	Hora	4ª feira	Hora	5ª feira	Hora	6ª feira
09:00		09:00		09:00		09:00		09:00	
10:00		10:00		10:00		10:00		10:00	
10:00		10:00		10:00		10:00		10:00	
11:00		11:00		11:00		11:00		11:00	
11:00		11:00		11:00		11:00		11:00	
12:00		12:00		12:00		12:00		12:00	
12:00		12:00		12:00		12:00		12:00	
13:00		13:00		13:00		13:00		13:00	
		Almoço							
14:00		14:00		14:00		14:00		14:00	
15:00		14:45		14:45		14:45		14:45	
15:00		14:45		14:45		14:45		14:45	
16:00		15:30		15:30		15:30		15:30	
16:00		15:30		15:30		15:30		15:30	
17:00		16:15		16:15		16:15		16:15	
		16:15		16:15		16:15		16:15	
17:15		17:00		17:00		17:00		17:00	
18:00									

Tabela 2: Horário da estagiária a partir de 4 de novembro de 2020 até ao fim do estágio

Hora	2ª feira	Hora	3ª feira	Hora	4ª feira	Hora	5ª feira	Hora	6ª feira
10:00		10:00		10:00		10:00		10:15	
11:00		11:00		11:00		11:00		11:00	
11:00		11:00		11:00		11:00		11:00	
12:00		12:00		12:00		12:00		12:00	
12:00		12:00		12:00		12:00		12:00	
13:00		13:00		13:00		13:00		13:00	
13:00									
14:00									Almoço
14:15		14:15		14:15		14:15		14:00	
15:00		15:00		15:00		15:00		14:45	
15:00		15:00		15:00		15:00		14:45	
16:00		15:45		15:45		15:45		15:30	
16:00		15:45		15:45		15:45		15:30	
17:00		16:30		16:30		16:30		16:15	
17:15		16:30		16:30		16:30		16:15	
18:15		17:15		17:15		17:15		17:00	

Os espaços onde ocorrem as sessões de intervenção psicomotora

A intervenção psicomotora na APAC de Barcelos centra a sua atividade e apoio na modalidade *online* e presencial, sendo privilegiados dois espaços, razão pela qual os mesmos serão agora brevemente apresentados e descritos.

Gabinete de Psicomotricidade

Ao entrar no gabinete onde decorrem as sessões de psicomotricidade, podemos encontrar do lado esquerdo, uma parede de espelhos (que também serve de quadro), havendo em frente duas janelas amplas e as restantes paredes brancas. Na parede onde se encontra a porta, está pendurado um quadro de cortiça, onde são expostas todas as informações necessárias e regulamentares. Já junto à parede do lado direito, encontra-se

uma pequena mesa regulável adaptada e uma cadeira pequena de madeira, indicada para as crianças. Ao lado, encontra-se uma secretária e uma cadeira amarela, onde ficam o computador e o telefone que permitem praticar a Modalidade de Intervenção à Distância (SID) e junto à mesma, encontra-se um armário alto de madeira bege, onde são guardados todos os materiais que podem ser utilizados nas sessões. Estes materiais são de dimensões mais reduzidas, como *puzzles*, livros de histórias, livros de colorir, lápis e canetas de cor, missangas de madeira, jogos de tabuleiro, cordéis, tesouras, etc... No meio da sala, encontra-se uma mesa de cor bege, com três cadeiras amarelas, onde decorrem a maioria das sessões. Na figura 4 fica-se com uma ideia geral do espaço.

Figura 4: Visão geral do gabinete de Psicomotricidade



Ginásio

O ginásio é composto por paredes e chão de madeira escura e teto branco. Neste momento, devido ao estado pandémico encontra-se sem materiais no seu interior, que estão guardados e desinfetados numa sala ao lado, onde é permitido recorrer, desde que sejam tomadas todas as medidas de segurança. Os materiais existentes são brinquedos, bastões de esponja e PVC, arcos e argolas, tapetes e colchões, pinos, cordas, bolas de diferentes tamanhos e materiais, tijolos e cubos de plástico, barras de equilíbrio, cilindros, pirâmides e escadas de borracha de diferentes tamanhos, discos táteis, túnel de nylon, caixas sensoriais, ilhas de equilíbrio, entre outros.

Em seguida, e conforme os contextos em que a estagiária interveio: presencial e *online*, serão descritas as duas modalidades, bem como os casos de intervenção.

Modalidades

As sessões de Psicomotricidade na APAC ocorreram em duas modalidades: presencialmente ou *online*, pelo do Serviço de Intervenção à Distância (SID) através da plataforma ZOOM e apesar das respetivas adaptações, tentou-se manter a rotina das sessões.

Sessões-tipo

As sessões de psicomotricidade em regime presencial, vão de 45 minutos a 1 hora, dependendo da criança ou jovem. Primeiramente, o técnico (orientador local) vai buscar a criança à receção da instituição, que normalmente chega acompanhada por um familiar. Depois, dirigem-se para o gabinete de psicomotricidade, onde é iniciado um diálogo entre os técnicos (orientador local e estagiária) e o indivíduo sobre o seu estado atual, a sua semana, a escola e outros temas que a criança ou jovem queira abordar no momento, desde que adequados ao contexto. Depois e, tendo em conta os objetivos da pessoa e o seu estado no momento, um dos técnicos sugere uma atividade para a criança ou jovem realizar, no gabinete, ginásio ou numa das salas sensoriais. Durante toda a atividade, um dos técnicos ou ambos, vão orientando e dando *feedback* à criança, através de demonstração, ajuda física ou verbal para que esta consiga realizar tarefa com sucesso, de acordo com as suas necessidades. Depois deste procedimento, há a realização de uma conversa final entre os terapeutas e as crianças onde é feito um balanço sobre a sessão, os aspetos que correram bem e menos bem e o nível de empenho e comportamento da pessoa. Quando termina a sessão, o terapeuta (orientador local), dirige-se com a criança à receção, onde os familiares que a acompanham ficam à espera, e comenta de forma breve e explícita, o que foi feito e trabalhado com a pessoa naquela hora.

Nas sessões em regime *online*, o processo é o mesmo das sessões em contexto presencial, mas se a criança não entrar na sessão por algum motivo, por vezes, liga-se ao Encarregado de Educação a perguntar se está tudo bem, se há alguma falha de *internet* ou outro motivo. Se existir uma falha de rede, tenta-se conversar com a criança via telefone. As sessões passam mais por estimulação cognitiva, trabalhando-se as funções executivas como a atenção e a memória e os fatores psicomotores da estruturação espaço-temporal, noção do corpo e lateralização. O *feedback* aos pais sobre a sessão, também é dado, sempre que possível assim que a mesma termina, ou via *e-mail*.

Casos

Na tabela seguinte (tabela 3), estão apresentados todos os casos com que a estagiária teve contacto. Ao longo dos meses, algumas das crianças e jovens obtiveram alta do Serviço de Psicomotricidade e outras trocaram de horário, tendo dado a oportunidade de outras

iniciarem a intervenção. Posto isto, existiu um acompanhamento total de 35 crianças e 7 saíram durante o período do estágio, dando lugar a outras novas 7 crianças.

Tabela 3: Lista de crianças com que a estagiária contactou, suas características e modalidade de intervenção

Nome	Diagnóstico	Principais Características	Modalidade
M.	Alteração de delação do cromossoma 1	Atraso no desenvolvimento psicomotor, problemas cognitivos. Simpático e prestável.	Presencial
H.	PEA	Muito literal, muito mecânico, dificuldades no raciocínio lógico. Não pede ajuda, sabe que está a fazer mal, mas não consegue arranjar outra solução e entra em <i>stress</i> . Bom sentido de responsabilidade e de justiça	SID
M. Al.	PEA	Dificuldades de interação social e problemas cognitivos	Presencial
F.	DID e AGD	Atraso no desenvolvimento psicomotor, problemas cognitivos	Presencial
V.	Sem diagnóstico	Atraso no desenvolvimento psicomotor, problemas na fala	SID
F.T.	DID e DAE	Dificuldades de Aprendizagem, agitação motora, dificuldades na equilíbrio	Presencial
M.B.	DAE	Atraso no desenvolvimento psicomotor e timidez	Presencial
R. Q.	DID	Pouca confiança no discurso, medo de “falhar”, dificuldades cognitivas	Presencial
Lr	Problemas emocionais	Tímida (fala pouco), dificuldade no manuseamento do dinheiro	Presencial
B. L.	PHDA	Défi ce de atenção e atraso no desenvolvimento psicomotor	Presencial
L.	AGD	Problemas no comportamento, dificuldades nas funções executivas	SID
F. F.	DAE	Dificuldades no manuseamento do dinheiro. Muito autónoma nas restantes áreas.	Presencial
F.	DID	Dificuldades cognitivas e atraso no desenvolvimento psicomotor	Presencial
G.	Sem diagnóstico	Atraso cognitivo e no desenvolvimento psicomotor, problemas na fala	Presencial
R. S.	PEA	Atraso cognitivo e no desenvolvimento psicomotor, problemas emocionais	SID
M.	Sem diagnóstico	Atraso no desenvolvimento psicomotor	Presencial
R. J.	Paralisia cerebral	Problemas motores e dificuldades cognitivas	Presencial
Ma. A	Sem diagnóstico	Problemas emocionais	SID
R. C.	Sem diagnóstico	Problemas de comportamento	Presencial
F.N.	Citopatia mitocondrial	Atraso no desenvolvimento psicomotor e problemas cognitivos	Presencial
J. M.	DID	Atraso o desenvolvimento psicomotor	SID
Ma.	DAE	Problemas cognitivos	Presencial
R.	DID	Atraso no desenvolvimento psicomotor	Presencial
Lu.	DAE	Problemas cognitivos	SID
Gu.	AGD		Presencial
R.	PHDA	Problemas cognitivos e no comportamento. Bom sentido de responsabilidade.	Presencial
Af.	DAE e alteração no processamento auditivo central	Problemas cognitivos e no comportamento	Presencial
F. M.	AGD, dislexia	Problemas cognitivos e atraso no desenvolvimento psicomotor	SID
Ge.	PHDA	Problemas de comportamento	SID
La.	PHDA	Problemas de comportamento	Presencial
H. G.	T21	Atraso no desenvolvimento psicomotor e dificuldades cognitivas	SID
Al.	PHDA	Problemas de comportamento e dificuldades cognitivas	Presencial
B. M.	Sem diagnóstico	Problemas de Comportamento	SID
H. M.	PEA	Dificuldades cognitivas e no desenvolvimento psicomotor	SID
Ma.	PEA	Atraso no desenvolvimento psicomotor	SID

Objetivos

Desta forma, após um processo de avaliação/observação informal e com base nas informações nos planos individuais de cada criança ou jovem, e em discussão com o orientador local, os objetivos no geral passam por: criação de uma relação terapêutica com cada indivíduo; cada criança ou jovem conseguir iniciar, manter e terminar uma tarefa (com ou sem apoios) e promover competências motoras e/ou cognitivas (e.g. aumentar o tempo de permanência na tarefa).

Na generalidade, os objetivos de cada criança eram adequados ao seu perfil individual, conforme as avaliações realizadas anteriormente pelo orientador local e ao longo do estágio, pela estagiária. Ao fim de três ou seis meses dos objetivos proposto, estes eram revistos e analisados e dado como atingidos, atingidos parcialmente ou não atingidos por algum motivo (e.g., faltas da criança às sessões; não utilização do ginásio). Conforme os objetivos definidos e atividades existentes na instituição, eram selecionadas as que mais se adequavam a cada criança. No dia da sessão, conforme a disponibilidade da criança e os seus objetivos, eram selecionadas uma a duas atividades, que a mesma teria de realizar do início ao fim, com mais ou menos apoios da parte dos terapeutas (a diminuição da necessidade de apoios também era um dos objetivos). As atividades mais realizadas estavam relacionadas com a estruturação espaço-temporal, motricidade fina, coordenação óculo-manual e cognição através das funções executivas, como a atenção, memória, controlo inibitório, planeamento, tomadas de decisão, flexibilidade cognitiva e criatividade. As principais estratégias utilizadas passaram por utilizar a capacidade de observação, no sentido de se perceber como é que cada criança reage a uma determinada situação; utilização de jogos e atividades adequadas ao gosto e aos objetivos de cada uma; manter uma relação terapêutica baseada na empatia e na comunicação; adaptar a mesma atividade ao perfil de cada criança (e.g. tempo de realização, progressão); apoio verbal e/ou físico, demonstração, questionamento e *feedback* (positivo e negativo). Os principais desafios passaram por adequar algumas atividades ao espaço limitado do gabinete de psicomotricidade e adaptar atividades que supostamente seriam desenvolvidas no contexto de ginásio, ao espaço de mesa e gestão do tempo, uma vez que, por vezes, se iniciava uma segunda atividade e a criança não a conseguia realizar até ao fim, por terminar a sessão.

Dado o elevado número de crianças atendidas e a diversidade de planeamentos, centrados em cada uma, e indo ao encontro do regulamento do Estágio, é apresentado, em seguida, o estudo de caso que servirá como exemplo mais pormenorizado de todo o trabalho desenvolvido pela estagiária para uma melhor compreensão da intervenção da estagiária.

Estudo de Caso

O estudo de caso – F., foi selecionado em conjunto com o orientador local, baseado no perfil psicomotor imaturo, derivado, em parte pelo seu diagnóstico (DID) e pela modalidade da intervenção (presencial), pelo facto de nunca ter sido alvo de estudo desta natureza, das (maiores) probabilidades em ganhos psicomotores e pela relação já estabelecida com a estagiária. A criança e os familiares também assentiram e concordaram, tendo assinado o documento do consentimento informado, indo ao encontro da conduta ética inerente à atividade profissional do psicomotricista, bem como aos princípios e políticas da instituição no que toca à garantia da privacidade, da recolha de dados atuais (exatidão) relevantes e necessários para a intervenção (minimização dos dados), cumprindo requisitos éticos e legais ao nível da proteção dos dados e do anonimato do caso (APAC, 2016).

O F.

O F. nasceu na Póvoa de Varzim, a 3 de setembro de 2007, tem 14 anos, e diagnóstico de atraso global de desenvolvimento, em comorbilidade com DID. O jovem encontra-se em situação de acolhimento institucional desde agosto de 2017 por motivos de negligência agravada, relatos de violência doméstica (do pai para a mãe) e histórico de alcoolismo de ambos os progenitores, tendo sido referenciado aquando de um internamento por bronquiolite aguda, apesar de ser uma família que já estava referenciada à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Os pais estão autorizados a visitá-lo na instituição semanalmente: o pai, de 54 anos, tem o 4º ano de escolaridade e trabalha em França, e a mãe, de 46 anos, tem o 6º ano de escolaridade e é operadora têxtil. O jovem tem 3 irmãos, dois do género masculino (20 e 24 anos) e uma do género feminino (26 anos). A família não revela preocupação com o F..

A gravidez foi vigiada e o F. nasceu, às 37 semanas no hospital da Póvoa de Varzim, de cesariana, com necessidade de oxigénio após o nascimento tendo estado 8 dias na incubadora devido a dificuldades respiratórias. O seu peso à nascença era de 2.860kg, media 46 cm, e perímetro cefálico de 34.5cm, com valores de Índice de Apgar de 7 (1ºmin) e 9 (5º min). O encaminhamento inicial do F. deveu-se às limitações no seu desenvolvimento global – aquisições psicomotoras (gatinhar, sentar, andar), linguagem e de autonomia tardias, entrando na creche aos 4 meses e tendo beneficiado de serviços de Intervenção Precoce e de Educação Especial (Currículo Específico Individual). As limitações na deglutição também foram identificadas. Na avaliação que fez em 2017, o F. apresentava dificuldades ao nível do autoconceito, autorregulação comportamental e emocional (e.g.: face à frustração,

ansiedade), higiene, interação social, comunicação, do desenvolvimento psicomotor e cognitivo. Nos momentos de angústia, chorava, mas não procurava a mãe.

O F. usufrui de apoio ao nível da terapia da fala e psicomotricidade (semanal), para compensar as suas dificuldades de deglutição e linguagem (ao nível fonémico, silábico ou intrassilábico), apresentando limitações cognitivas com dificuldades na compreensão e processamento da informação, agitação motora com comprometimento ao nível da aprendizagem e dificuldades ao nível dos fatores psicomotores. A capacidade de atenção e permanência na tarefa também está afetada, com oscilações na participação e colaboração, o que interfere com o seu desempenho. Quando é chamado à atenção por algum tipo de comportamento menos correto, tem perfeita noção do comportamento a ter, no entanto, ao mínimo estímulo visual ou sonoro, distrai-se e não retoma as atividades com sucesso, apesar de ligeiras melhorias.

Nas sessões em grupo (pré-pandemia), o F. apresentava um comportamento adequado, com um bom processo de comunicação/interação social e iniciativa comunicativa, mas com dificuldades em manter e terminar os tópicos conversacionais. Nas tarefas que implicassem leitura e escrita, demonstrava dificuldades em lidar com a frustração, assim como ao realizar tarefas múltiplas. É de salientar que o F. percecionava as suas dificuldades, de forma negativa, gerando sentimentos de baixa autoestima, baixa autoconfiança e, conseqüentemente, desinvestimento nas tarefas que considera como mais difíceis, fazendo com que o seu processo de aprendizagem seja mais negativo.

É uma criança obediente, respeitadora das regras dentro do gabinete, mas quando estava fora (sala de espera) e/ou mais alegre, tinha dificuldades em controlar o seu comportamento, pois queria sempre contar as novidades. Mas bastava uma expressão facial de desagrado para que respeitasse a sua vez de falar. O F. apresentou um ritmo de trabalho aceitável, colaborando nos diferentes serviços, o que não se verificava no passado. Apresentou sempre sentido de humor, dedicação, autodeterminação, bondade e sentido de justiça, tendo que desenvolver a criatividade, a autorregulação e o sentido de liderança.

A intervenção da estagiária com o F.

Para além do estabelecimento da relação com o F, e com o conhecer as suas características pelo contacto direto, o primeiro passo passou pela reflexão sobre o processo de avaliação. Para avaliar o conjunto de competências psicomotoras, utilizou-se a Bateria Psicomotora (BPM, Fonseca, 2021), instrumento que já era usado pela instituição nas avaliações do serviço de Psicomotricidade. A BPM foi aplicada a todas as crianças em regime presencial e em SID (com algumas adaptações), de maneira que com base nos resultados obtidos, quer quantitativos, quer qualitativos, se definissem um conjunto de objetivos

terapêuticos para a que a intervenção fosse a mais adequada a cada indivíduo. O período de avaliação inicial envolveu os meses de novembro e dezembro de 2020, seguido de um período de intervenção de 8 meses e terminando com as avaliações finais, em maio de 2021, para analisar evoluções ou regressões no desempenho psicomotor do F., bem como analisar a qualidade da intervenção psicomotora concretizada. Todos os dados correspondentes à avaliação e intervenção com o estudo de caso encontram-se descritos e registados em seguida.

Instrumento – Bateria Psicomotora (BPM)

A BPM é um instrumento de observação psicoeducacional, destinado a crianças entre os 4 e os 12 anos, que tem como objetivos analisar o perfil psicomotor das mesmas através da realização de tarefas que integram o nível sensorial e preceptivo, estando relacionadas com o potencial de aprendizagem e detetar sinais desviantes, que podem ajudar no reconhecimento de possíveis derivações na sua evolução (Fonseca, 2021). Os fatores psicomotores alvo de avaliação (qualitativa e quantitativa) envolvem a Tonicidade (extensibilidade, passividade, paratonia, diadacocinésias e sincinésias), Equilibração (imobilidade, equilíbrio estático e equilíbrio dinâmico), Lateralização (ocular, auditiva, manual e podal), Noção do Corpo (sentido cinestésico, reconhecimento D-E, autoimagem, imitação de gestos e desenho do corpo), Estruturação Espaço-Temporal (organização, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica), Praxia Global (coordenação óculo-manual, coordenação óculo-podal, dismetria, dissociação, agilidade) e Praxia Fina (coordenação dinâmica manual, tamborilar, velocidade-precisão), estando hierarquizados de acordo com as unidades funcionais de Lúria, avaliando-se ainda o controlo respiratório (inspiração, expiração e apneia), desvios posturais, somatótipo (mesoformo, ectomorfo e endomorfo) e fatigabilidade (Fonseca, 2021).

As cotações da BPM, segundo Fonseca (2021), são baseadas no comportamento da criança durante a aplicação da mesma e as diferentes tarefas são cotadas de 1 a 4 pontos correspondendo a um tipo de perfil: **apráxico** (1 ponto) quando a criança apresenta uma resposta imprecisa, incompleta ou descoordenada ou a ausência de resposta, com disfunções claras podendo existir dificuldades de aprendizagem significativas com soma dos fatores psicomotores entre 7-8 pontos; **dispráxico** (2 pontos) quando a criança apresenta uma fraca realização da tarefa, com dificuldades de controlo e sinais desviantes, podendo existir dificuldades de aprendizagem – a soma da pontuação de todos os fatores varia entre 9 e 13 pontos; **eupráxico** (3 pontos) quando a criança realiza a tarefa de forma completa, adequada e controlada, sem disfunções aparentes, apresentando um total de 14 a 21 pontos; e **hiperpráxico** (4 pontos) sempre que a criança realiza a tarefa de forma perfeita, económica e bastante controlada, variando entre 22 e 26 pontos totais (bom) e entre 27-28 (superior).

Esta bateria apesar de não estar validada, é talvez o instrumento mais utilizado em Portugal, no âmbito da intervenção psicomotora (Santos, 2017).

Procedimentos

Ao dar entrada na instituição, as pessoas responsáveis pelas crianças assinam um consentimento informado elaborado pela mesma, onde é dada autorização para a participação das crianças nas avaliações elaboradas pelos terapeutas e pelos estagiários e é assegurando a confidencialidade e anonimato dos dados. Ao longo de todo o estágio, e incluindo este estudo de caso, foram considerados todos os requisitos éticos, assegurando-se as condições de saúde e segurança, bem como o respeito pela individualidade de todas as crianças e respeitando, tal como já referido, os requisitos éticos e legais de uma intervenção desta natureza.

A BPM foi então aplicada, nos dias 16 de novembro e 14 de dezembro de 2020, das 16h às 16.45h no ginásio da APAC, onde no primeiro dia foram avaliados os fatores psicomotores da tonicidade, equilíbrio, lateralidade e noção do corpo e no segundo dia, os restantes. Os resultados obtidos nesta avaliação inicial permitiram definir as áreas fortes e fracas da criança e respetivos objetivos específicos. Finalmente, no dia 17 de maio de 2021, das 16h às 16.45h, a criança foi mais uma vez avaliada, aplicando o mesmo instrumento e de acordo com o respetivo protocolo, procurando-se analisar a progressão do F. e a qualidade de intervenção da estagiária. Esta aplicação decorreu no gabinete de psicomotricidade da APAC, uma vez que a instituição, ao momento, se encontrava em obras, e por isso, sem ginásio disponível para a realização da avaliação. Esta diferença de local das avaliações pode ter tido algum impacto significativo no resultado do desempenho da criança, uma vez que o gabinete não tem as mesmas condições do ginásio, sendo de dimensões menores e não por não ser o espaço mais adequado para avaliações, visto ter mesas, cadeiras, armários e computadores, que podem atrapalhar a elaboração de algumas tarefas. A análise dos dados, apesar de se basear na quantificação do desempenho, será complementada com a observação qualitativa.

Programa de Intervenção Psicomotora para o Estudo de Caso F.

Com a aplicação da BPM, na avaliação inicial, foi possível verificar que o F. conseguiu melhores resultados ao nível das tarefas de tonicidade e equilíbrio, não demonstrando resultados tão positivos ao nível da lateralização e noção do corpo, estruturação espaço-temporal, e praxias global e fina. Os resultados iniciais permitiram o estabelecimento do perfil individual do F., identificando-se as áreas fortes como a equilíbrio dinâmica e tonicidade e a promover como a noção do corpo e a estruturação espaço-temporal. Posto isto, foram

definidos os principais objetivos gerais e específicos (tabela 4) a trabalhar ao longo do estágio, tendo em conta que não seria possível a utilização do espaço do ginásio:

Tabela 4: Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos, estratégias e evolução dos mesmos

Área	Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Estratégias	Evolução
Cognição	Desenvolver as funções executivas	Permanecer numa tarefa do início ao fim	Permanecer na mesma tarefa durante 6 min	Minimizar fatores distráteis e <i>feedback</i> positivo	Atingido
		Montar um pequeno carro de bombeiros de Legos, planeando todos os passos para a sua execução	Realizar 2 passos do planeamento da execução da tarefa	Demonstração Ajuda verbal e física Progressão	Atingido parcialmente
		Visualizar um pequeno vídeo e responder às questões sobre o mesmo de forma correta	Responder a, pelo menos 3 questões de forma correta	Ajuda verbal	Atingido
		Criar uma história através de cartões didáticos e representar a mesma através de desenho	Desenhar, pelo menos 3 elementos presentes na história	Ajuda verbal, <i>Feedback</i> positivo e Decomposição	Atingido
		Realizar o “jogo da memória”	Realizar o “jogo da memória”, com 8 pares, podendo falhar até 2 pares	Ajuda verbal	Atingido parcialmente
		Realizar o “jogo dos animais”, descrevendo o animal que calhar em sorte, sem dizer o seu nome e categorizando-os pelo seu habitat; adivinhar o animal que o terapeuta descrever	Realizar o jogo, podendo falhar 3 animais	Ajuda verbal; Questionamento	Atingido
Tonicidade	Melhorar a Postura Corporal	Promover uma postura correta sentado na cadeira, junto à mesa de trabalho	Apresentar uma postura correta durante 5 min.	Instrução verbal <i>Feedback</i> positivo	Atingido
	Reduzir a ocorrência de Paratonias	Realizar atividades de mimica, de forma a promover uma descontração muscular, movimentos harmoniosos e fluidos	Realizar a atividade com apoio físico parcial	Demonstração, Ajuda Verbal e <i>Feedback</i> positivo	Atingido parcialmente
Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático	Permanecer em apoio retilíneo	Colocar um pé no prolongamento exato do outro – 10s de olhos fechados	Demonstração, <i>Feedback</i> positivo, Ajuda física (ir retirando)	Atingido parcialmente
		Permanecer imóvel em apoio unipodal (pé dominante); Manter-se em equilíbrio em pontas dos pés, de olhos fechado e com as mãos apoiadas nos quadris	Manter-se imóvel 10s de olhos fechados; Manter-se em ponta dos pés durante 7s.		Não atingido

Tabela 5 (cont.): Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos, estratégias e evolução dos mesmos

Área	Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Estratégias	Evolução
	Melhorar o equilíbrio dinâmico	Deslocar-se em cima de uma linha	Deslocar-se numa linha de 2m, com um pé no prolongamento do outro, com as mãos apoiadas nos quadris, no máximo com 2 sinais de reequilibrção		Não atingido
		Deslocar-se em cima da trave para a frente	Deslocar-se na trave de olhos abertos, para a frente, com as mãos nos quadris, no máximo, com 2 sinais de reequilibrção		Não atingido
		Deslocar-se em cima da trave para trás	Deslocar-se na trave de olhos abertos, para a trás, com as mãos nos quadris, no máximo, com 3 sinais de reequilibrção		Atingido parcialmente
		Saltar a pés juntos para trás	Saltar num percurso de 3m, numa linha reta		Atingido
Noção do Corpo	Melhorar o reconhecimento D-E	Identificar o lado direito e esquerdo no outro, encontrando-se à sua frente, através do reconhecimento da linha média do corpo	Identificar os lados do corpo, podendo falhar até 3x.	Ajuda Verbal Feedback positivo	Atingido
		Colocar missangas num tabuleiro de pregos, com a mão indicada pelo técnico – lado direito do tabuleiro, colocar com a mão esquerda e lado esquerdo do tabuleiro, colocar com a mão direita	Realizar a tarefa em 10 min	Ajuda Verbal, Feedback positivo	Atingido
	Desenvolver a imitação de gestos	Memorizar e reproduzir gestos bilaterais	Realizar a tarefa até 4 figuras, apresentados pelo técnico, respeitando os movimentos e as posições, podendo falhar até 1x.	Demonstração, Ajuda verbal, Ajuda física, Feedback positivo	Atingido parcialmente

Tabela 6 (cont.): Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos, estratégias e evolução dos mesmos

Área	Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Estratégias	Evolução	
Estruturação Espaço-Temporal	Melhorar o desenho do corpo	Desenhar o corpo	Desenhar com detalhes (e.g. nariz, orelhas, pestanas, sobrancelhas) e com atenção as dimensões e proporções dos membros	Ajuda verbal Questionamento	Não atingido	
	Melhorar a noção de tempo	Relatar, com detalhe temporal (manhã, tarde, noite e dia da semana), os acontecimentos importantes da sua semana, por ordem de ocorrências	Relatar pelo menos 4 acontecimentos sem hesitações	Ajuda Verbal; Questionamento	Atingido	
		Dizer, por ordem, os meses do ano	Dizer pelo menos 6, por ordem e sem hesitações	<i>Feedback</i> positivo	Atingido	
	Melhorar a organização espacial	Realizar figuras de tangram, de 7 peças, memorizando a localização das peças	Realizar a atividade, podendo falhar 2 peças	Ajuda verbal <i>Feedback</i> positivo	Atingido parcialmente	
		Realizar o jogo "Katamino"	Realizar o jogo até ao nível 4, sem ajuda do técnico e até ao nível 9, com ajuda do técnico		Atingido parcialmente	
		Reproduzir o esquema dos cartões verdes do jogo "Sudoku de cores" no tabuleiro e, posteriormente, numa folha de papel	Realizar a atividade em 15 min		Atingido parcialmente	
		Saber situar-se no espaço em relação a um ponto de referência	Realizar a atividade sem ajuda verbal		Atingido	
	Melhorar a coordenação óculo-manual	Colocar missangas de madeira de diferentes cores num tabuleiro de pregos, por filas, de acordo com as imagens apresentadas	Realizar a atividade em 5 minutos	Demonstração, Ajuda verbal, <i>Feedback</i> positivo	Atingido	
	Praxia Global	Melhorar a coordenação óculo-podal	Pontapear uma bola, a um alvo.	Alvo colocado a 2m, adequando a força e a direccionalidade do movimento, podendo falhar 3x	Demonstração, Ajuda verbal, Ajuda física <i>Feedback</i> positivo	Não atingido
			Colocar uma bola no cimo de um copo de plástico, com os pés, na posição de sentado.	Realizar a atividade, podendo falhar 3x		Não atingido
Praxia Fina	Promover o controlo do movimento do grafismo	Contornar desenhos, de acordo com os limites do mesmo (desvios de direções)	Realizar a atividade no máximo com 4 erros	Demonstração, <i>Feedback</i> positivo	Atingido	

Tabela 7 (cont.): Áreas de intervenção, respectivos objetivos gerais e específicos, estratégias e evolução dos mesmos

Área	Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Estratégias	Evolução
	Melhorar a dissociação digital	Conseguir jogar o “twister de dedos”	Realizar a atividade, podendo falhar 2x	Demonstração, Ajuda verbal, Ajuda física (ir retirando)	Atingido
	Melhorar a coordenação dinâmica manual	Enfiar missangas de madeira num fio	Realizar a atividade em 2 min, por ordem, acordo com uma imagem e retirar em 1 min		Atingido

Com base no perfil e nos objetivos identificado, pela estagiária em trabalho de equipa com os restantes colegas, e tendo ouvido os pais, iniciou-se o design do programa, cuja planificação não era realizada semanalmente (havendo previamente um conjunto de atividades selecionadas que eram escolhidas no dia e em conjunto com a criança), e considerando-se, sempre, o momento da criança (humor, cansaço), as experiências anteriores à sessão e ao longo da semana. Para cada objetivo específico encontravam-se estipuladas tarefas e atividades, que no dia-a-dia das sessões eram escolhidas e adaptadas, tendo em conta os aspetos referidos anteriormente. Outro cuidado foi dar sempre a oportunidade da própria criança participar e contribuir para a intervenção, com a possibilidade de escolher uma atividade. A complexificação progressiva e o transfere para a vida diária foram alguns dos princípios base de toda a intervenção, pois o objetivo último passava pela transferência das aquisições/melhorias ocorridas nas sessões para as atividades do quotidiano e a substituição do apoio (físico ou verbal) do técnico pela, cada vez maior, autonomia da criança. Em todas as sessões foram utilizadas estratégias de rotina sequencial, exposição verbal simples e sistemáticas, reforço positivo, demonstração e feedback, decomposição e da tarefa (Santos, 2018).

A proposta de atividades lúdicas e motivadoras foi sempre considerada, bem como instruções curtas e diretas (Santos, 2018), e quando necessário apoio físico (parcial ou total- e.g. tarefas de enfiamento) e apoio verbal. Ao permitir que a criança com DID tenha a oportunidade de escolher as atividades que quer realizar, procurou-se e trabalhar a autonomia (Malloy-Diniz et al., 2008; Rodrigues et al., 2019; Santos e Morato, 2012), autodeterminação e fornecer gestão de estratégias, que limitações características das crianças com perturbações do desenvolvimento (Danielsson et al., 2012). Dentro das características cognitivas, a memória de trabalho foi um dos aspetos mais trabalhados ao longo da intervenção da estagiária, em acordo com Kirk et al. (2015), bem como a resolução de problemas e antecipação do sistema causa-efeito (Hauser-Cam et al., 2014). A fluência de categorias também foi alvo de muitas atividades durante as sessões, tal como sugerem Sgaramella et al. (2012). No que diz respeito às características linguísticas e sociais,

Danielsson et al. (2012) referem que as crianças com DID podem apresentar um baixo nível lexical em relação à ortografia e fonética de algumas palavras, o que se verificou com F. e, por isso, também foram escolhidas atividades que aumentassem o seu domínio lexical, permitindo melhorar os níveis de comunicação e capacidades de desenvolvimento sintático (Roberts et al., 2007; van der Schuit et al., 2010, 2011). Em relação às características psicomotoras, foram escolhidas realizar atividades relacionadas com a simetria bilateral (Carmeli et al., 2008), transferência inter-hemisférica (Tallet et al., 2013) e motricidade fina (Vuijk et al., 2010), com vista a melhorar a consciência corporal. Também foram realizadas tarefas em que a tonicidade corporal era o fator a ter em conta, uma vez que interfere com várias noções perturbadas, como a noção espaço-temporal (Lahtinen et al., 2007).

As sessões-tipo, de 60 minutos cada, eram constituídas por: um momento inicial de diálogo com a criança sobre o seu dia, onde a mesma teria de relatar os acontecimentos por ordem cronológica e também sobre os seus temas de interesse, nomeadamente animais; um momento de escolha da(s) atividade(s) a realizar na sessão em conjunto com a criança; um momento de concretização da tarefa e um momento de diálogo final, onde a conversa passa por a criança exprimir o que sentiu ao longo da sessão e reflexão com a estagiária. Das 28 sessões previstas, concretizaram-se 24, por motivos de isolamentos profiláticos e falta justificada por parte da estagiária e por parte da criança. A tabela 5 apresenta alguns exemplos de atividades realizadas com o estudo de caso, para que o leitor perceba a complexificação progressiva das mesmas.

Tabela 8: Exemplos de atividades realizadas com o estudo de caso

Atividade	Descrição
Tabuleiro pregos e cordéis cores	Num tabuleiro de pregos, colocar os cordéis das diferentes cores, de acordo com a imagem solicitada. Ir aumentando o número de cordéis para complexificar a tarefa
“Quem é quem?”	A criança e o técnico escolhem uma personagem misteriosa cada e através de perguntas com resposta sim/não, devem adivinhar quem é a personagem misteriosa do oponente, respeitando a vez de jogar.
Simetrias	Numa folha quadriculada, desenhar a figura simétrica já desenhada pelo técnico.
Orientação	Numa folha quadriculada, desenhar linhas de acordo com a orientação do técnico (e.g. “duas quadriculas para baixo e duas para a direita”). Ir dando mais indicações ao mesmo tempo para complexificar a tarefa.
Jogo dos animais	Cada pessoa tem um cartão com animais e, no centro da mesa, virados para baixo, encontram-se cartas com cada animal presente nos cartões. À vez, cada um retira uma carta sem que o outro veja e descreve o animal que calhou, sem dizer o nome para que o outro adivinhe. Proibir palavras (e.g. cores) para complexificar a tarefa.
Puzzles	Completar os puzzles solicitados pelo técnico. Aumentar o número de peças para complexificar a tarefa.
Legos	Construir as figuras de legos (e.g. carro de bombeiros), de acordo com as instruções. Ir retirando as instruções para complexificar a tarefa.

Tabela 9 (cont.): Exemplos de atividades realizadas com o estudo de caso

Atividade	Descrição
“Encontra a figura”	São colocados vários cartões com várias figuras diferentes e a criança tem de encontrar a figura escolhida. Podem ser dadas pistas como “está à direita da garrafa”. Escolher mais cartões e mais elementos para complexificar a tarefa.
“Dados contadores de histórias”	Lançar os dados e, de acordo com as imagens, contar uma história e desenhá-la. Ir aumentando o número de dados e limitar o tempo para complexificar a tarefa.
Enfiamentos	Colocar x missangas num fio em x segundos. Ir diminuindo o tempo e aumentar o número de missangas para complexificar a tarefa.
“4 em Linha”	Ir colocando as fichas, até que o jogador consiga colocar 4 fichas em linha.

Dois exemplos de planeamento/implementação de uma sessão com o F. são apresentados nas tabelas 6 e 7.

Tabela 10: Exemplo (1) de um planeamento de sessão de psicomotricidade com o estudo de caso

Atividade	Objetivos	Tempo	Material	Estratégias
Diálogo Inicial - Estruturar os acontecimentos da sua semana, no tempo e no espaço; Saber identificar como se sente no momento.	Desenvolver a memória a longo prazo; Melhorar a estruturação espaço-temporal; Melhorar o autoconhecimento; Diversificar o vocabulário.	10'	---	Questionamento; Role-play; Feedback positivo.
Sequências Visuais – Olhar para uma imagem com bolas desenhadas, decorar a ordem das cores (e.g. “amarelo, vermelho, verde), durante 2 min, retirar a folha e, depois, colocar as missangas no tabuleiro, pela ordem decorada. Ir aumentando o nº de bolas e missangas e/ou diminuir o tempo para decorar.	Melhorar a memória de trabalho; Melhorar a memória visual; Melhorar a atenção concentrada; Aumentar o controlo óculo-manual; Melhorar a motricidade fina;	15-20'	Folha Branca; Lápis de cor; Missangas de madeira; Tabuleiro de pregos.	Questionamento; Decomposição da tarefa; Feedback Positivo; Progressão.
Tabuleiro de Missangas – Preencher o tabuleiro de pregos, com as missangas de madeira, de acordo com a imagem apresentada.	Melhorar a estruturação espaço-temporal;	15-20'	Imagem do tabuleiro preenchido; Tabuleiro de pregos Missangas de madeira;	Questionamento; Decomposição da tarefa; Feedback Positivo; Progressão.
Diálogo Final - Identificar o que correu bem e menos bem na sessão; aspetos a melhorar e manter nas sessões seguintes	Desenvolver a memória a curto prazo; Desenvolver o sentido crítico; Desenvolver o autoconhecimento; Melhorar a autoestima e autodeterminação; Diversificar o vocabulário;	10'	----	Questionamento; Feedback.

Tabela 11: Exemplo (2) de um planeamento de sessão de psicomotricidade com o estudo de caso

Atividade	Objetivos	Tempo	Material	Estratégias
Diálogo Inicial - Estruturar os acontecimentos da sua semana, no tempo e no espaço; saber identificar como se sente no momento.	Desenvolver a memória a longo prazo; Melhorar a estruturação espaço-temporal; Melhorar o autoconhecimento; Diversificar o vocabulário.	10'	---	Questionamento; Role-play; Feedback positivo.
“Jenga matemático” – Construir a torre de jenga; de seguida, lançar os dados e fazer o cálculo (soma, subtração ou multiplicação) (e.g. 4+2; 4x2; 4-2) e, procurar onde se encontra o número calculado e retirar da torre sem que a mesma caia. Esperar pela vez de o oponente jogar. Pedir para retirar as peças com uma determinada mão, para progredir (e.g. peças azuis – mão direita; peças amarelas – mão esquerda).	Desenvolver a memória de trabalho através do cálculo mental; Desenvolver a destreza manual; Desenvolver a manipulação de objetos com precisão; Melhorar o reconhecimento direita-esquerda; Melhorar a noção do espaço; Reduzir a impulsividade; Melhorar o autocontrolo; Melhorar o controlo inibitório; Melhorar a relação a pares.	20'	2 Dados; Jogo da jenga matemático	Ajuda verbal; Decomposição da tarefa; Feedback Positivo; Progressão.
Figuras Geométricas – Reprodução de uma imagem composta por figuras geométricas de diferentes tamanhos (quadrado, triângulo, losango, retângulo) em 3D (colocar as figuras de madeira de forma igual à imagem) e 2D (desenhar a figura igual à imagem). Dar X min para conseguir reproduzir a figura. Ir diminuindo o tempo de realização para progressão.	Conseguir gerir o tempo estipulado para a execução da tarefa; Melhoria da gestão emocional quando em situações de ansiedade; Reduzir a impulsividade Conseguir identificar e nomear as figuras geométricas (quadrado, triângulo, losango, retângulo); Melhorar a noção espacial; Melhorar a noção de proporções; Desenvolver a manipulação de objetos com precisão; Desenvolver o controlo manual; Melhorar o traçado grafomotor.	20'	Figuras geométricas de madeira Imagem da figura Folha branca Lápis de cor	Ajuda verbal, Ajuda física; Decomposição da tarefa; Feedback Positivo; Progressão.
Diálogo Final - Identificar o que correu bem e menos bem na sessão; aspetos a melhorar e manter nas sessões seguintes	Desenvolver a memória a curto prazo; Desenvolver o sentido crítico; Desenvolver o autoconhecimento; Melhorar a autoestima e autodeterminação; Diversificar o vocabulário;	10'	----	Questionamento; Feedback.

Apresentação e Discussão dos Resultados

A apresentação dos resultados será baseada nos dados quantitativos obtidos, mas coadjuvada pelas observações qualitativas, iniciando-se a apresentação dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação (tabela 8), para em seguida se proceder a uma análise mais atenta e pormenorizada do desempenho do F. e do seu progresso ao longo dos meses de estágio.

Antes da aplicação inicial do instrumento, a criança mostrou-se com receio de não conseguir concretizar as tarefas, pelo que lhe foi dito que o importante era realizar cada atividade da melhor maneira que conseguisse. Assim que se deu início à avaliação, mostrou-se recetivo a todas as tarefas, com uma postura adequada ao momento e motivado, mas com alguns sinais de frustração quando não entendia o exercício pretendido, questionando várias vezes “É assim?”, “Estou a fazer bem?”. A sua postura foi ficando cada vez mais tranquila e relaxada com o decorrer do tempo. Na avaliação final estava tranquilo e colaborativo porque já sabia que tarefas ia fazer, preferindo, contudo, as atividades realizadas ao longo do estágio, mas notório na pressa para terminar as atividades, realizando-as mais rápido que na avaliação inicial.

A criança é caracterizada por um perfil antropométrico ectomorfo (**aspeto somático**), uma vez que apresenta um corpo alto, esguio e magro, com uma estrutura corporal sem gordura e sem grande musculatura aparente (Foz et al., 2012; Kârhús, 2010), não revelando **desvios posturais**. As tarefas do **Controlo Respiratório** foram realizadas com sinais de desatenção, pouca concentração e fraca amplitude respiratória, apesar do aumento do tempo sub-tarefa da apneia na avaliação final. O F. demonstrou pouca motivação em determinadas tarefas (e.g. motricidade fina, tonicidade) e sinais de desatenção e fadiga, pelo que obteve 3 pontos nos dois momentos. Foi notória uma ligeira melhoria na sub-tarefa da apneia, o que seria de esperar, uma vez que a postura e a tranquilidade da criança melhoraram visivelmente de um momento de avaliação para o outro.

Tabela 12: Avaliações inicial e final do F. através da aplicação da BPM

Domínios	Subdomínios		Av. Inicial	Av. Final
Controlo Respiratório	Inspiração		2	2
	Expiração		2	2
	Apneia		1 (8sg)	2 (11seg)
Fatigabilidade	Extensibilidade	Memb. inf.	3	3
		Memb. sup.	2	2
	Passividade		2	2
Tonicidade	Paratonia	Memb. inf.	3	3
		Memb. sup.	2	3
	Diadococinésias	Mão direita	2	2
		Mão esquerda	2	2
	Sincinésias	Bucais	3	3
	Contralaterais	3	3	
Subtotal			2,4	2,6

Tabela 8 (cont): Avaliações inicial e final do F. através da aplicação da BPM

Domínios	Subdomínios		Av. Inicial	Av. Final	
	Imobilidade		2	3	
Equilibrção	Equilíbrio estático	Apoio retilíneo	1	2	
		Ponta dos pés	2	2	
		Apoio num pé	2	2	
	Equilíbrio dinâmico	Marcha controlada		2	2
		Banco frente		2	2
		Banco trás		1	2
		Banco direito		3	3
		Banco esquerdo		3	3
		Pé cochinho esquerdo		3	3
		Pé cochinho direito		3	3
		Pés juntos frente		3	4
		Pés juntos trás		2	3
	Pés juntos olhos fechados		3	3	
Subtotal			2,3	2,7	
Lateralização	Ocular		D	D	
	Auditiva		E	E	
	Manual		E	D	
	Podal		D	D	
Subtotal			2	2	
Noção do Corpo	Sentido cinestésico		3	3	
	Reconhecimento D-E		1	3	
	Auto-imagem		2	2	
	Imitação de gestos		1	2	
	Desenho do corpo		2	2	
Subtotal			1,8	2,4	
Estruturação Espaço-Temporal	Organização espacial		1	2	
	Estruturação dinâmica		1	2	
	Representação topográfica		1	2	
	Estruturação rítmica		1	1	
Subtotal			1	1,75	
Praxia Global	Coordenação oculo-manual		3	3	
	Coordenação oculo-podal		2	3	
	Dismetria		2	2	
	Dissociação	Memb. Sup.		2	2
		Memb. Inf.		1	1
Subtotal			1	1	
Praxia Fina	Coordenação dinâmica manual		2	2,2	
	Tamborilar		1 (8min25seg)	2 (4min42seg)	
	Velocidade e precisão		1	2	
Subtotal	Pontos		3 (36)	3 (30)	
	Cruzes		3 (19)	3 (19)	
Subtotal			1,7	2,3	
Total			13,2	15,95	

Na **Equilibrção** e no parâmetro do equilíbrio estático foi possível observar melhorias no desempenho da imobilidade não só ao nível do tempo de consecução (32s vs. 45s), como da diminuição das oscilações e com uma postura mais controlada. A melhoria do controlo corporal e da concentração na tarefa foram dois objetivos presentes ao longo das sessões, e as atividades realizadas parecem ter contribuído para a evolução neste campo. Esta situação

volta a observar-se no apoio retilíneo, com o F. na avaliação final a conseguir permanecer mais tempo imóvel (de 7s para 18s) e mostrar-se mais seguro, com apenas pequenos ajustes corporais e menos oscilações. É interessante referir a falta de confiança do F. na avaliação inicial verbalizando “eu não consigo”, “é muito difícil” e querendo desistir, enquanto na avaliação final foi visível a sua concentração. Mais uma vez esta melhoria poderá ter sido reflexo da intervenção realizada ao longo do ano letivo, com especial destaque para a atenção e concentração, bem como autorregulação comportamental. No equilíbrio em ponta dos pés e apoio unipodal, não se observaram evoluções com um tempo similar (11 e 12s; 10 e 12s, respetivamente), revelando oscilações e ajustes corporais, e a necessidade de abrir ligeiramente os olhos, tal como apontado em tarefas de equilíbrio e controlo postural, sobretudo de olhos fechados, por parte das crianças com DID (Blomqvist et al., 2013; Rigolgi et al., 2011). Este linear de resultados seria de esperar, uma vez que estes tipos de tarefas de equilíbrio não foram estimulados ao longo da intervenção, dadas as limitações de espaço da sala de psicomotricidade.

Na marcha controlada o F. manifestou dificuldades em deslocar-se, revelando reequilibrações exageradas, recorrentes ajustamentos das mãos nos quadris, afastamento dos pés e insegurança no controlo postural, com dificuldades em conseguir transferir o peso corporal de uma perna para a outra, apresentando um desempenho semelhante nas tarefas de evolução no banco apesar das deslocações laterais ter conseguido um maior equilíbrio e controlo corporal. Ao nível dos saltos apenas se constatou uma ligeira melhoria nos saltos a pés juntos para a frente e para trás, apesar das ligeiras oscilações corporais e desvios direcionais (para o lado da parede). De olhos fechados, o F. revelou alguma insegurança na ausência de pontos de referência, com correções do movimento e tensão corporal visivelmente acrescida. É de se valorizar a melhoria, mesmo que mínima, ao nível do equilíbrio, dado esta componente ter sido pouco trabalhada ao longo das sessões, devido à necessidade de adaptação de espaços (por motivo de obras na instituição) e do ginásio da psicomotricidade ser um espaço reduzido. As dificuldades de equilíbrio já eram expectáveis (Jankowicz-Szymanska et al., 2012; Lathinen et al., 2007) não só devido às limitações tónicas, como à influência do perfil cognitivo-executivo (Rodrigues et al., 2019) e socioemocional que por vezes parecem influenciar o nervosismo e a forma como F. se dirige às tarefas (Zikl et al., 2013). Tal como antes, o F. evoluiu para um perfil euprático (Fonseca, 2021).

No âmbito da **Lateralização** o F. mostrou hesitações e confusão nas suas preferências (e.g.: nas tarefas de mesa e/ou manipulação de objetos o F. foi mudando de mão). A dominância podal - pé direito, parece obter melhores desempenhos, apesar da inconsistência da sua utilização, que parece estar em acordo com a literatura (Carlier et al., 2006; Gérard-

Desplanches et al., 2006) e com as limitações na simetria bilateral das pessoas com DID (Carmeli et al., 2008). Neste fator o F. obteve um perfil dispráxico (Fonseca, 2021).

Na **Noção do Corpo**, no parâmetro do sentido cinestésico, nas duas avaliações, o F., conseguiu nomear corretamente todos os pontos do corpo não relacionados com os hemisférios (e.g., testa, boca, pescoço, dedos), mas mostrou hesitações nos pontos que implicam a lateralização (e.g., braço esquerdo/direito; olho esquerdo/direito; perna esquerda/direita), com ligeiros sinais difusos e tendo trocado os nomes do cotovelo e do ombro na avaliação inicial. No reconhecimento direita-esquerda apresentou hesitações permanentes e confusão no cruzamento da linha média do corpo, com ligeiras melhorias na avaliação final. A lateralidade cruzada foi uma tarefa difícil, não conseguiu identificar a orelha esquerda da estagiária. A complexidade sentida neste item está de acordo com Tallet et al. (2013), que afirmam que a dificuldade parece estar mais relacionada com a falta de transferência inter-hemisférica do que com défices nas funções dos hemisférios. Nestes últimos itens, a criança demonstrou preocupação, perguntando constantemente se estava a realizar/perceber bem. A melhoria na cotação ocorreu de forma esperada, uma vez que ao longo das sessões, foram realizadas atividades no sentido de promover uma melhor consciência corporal e melhor sentido de lateralidade, com consequências positivas na qualidade de desempenho em tarefas de vida diária. Na autoimagem duas vezes na ponta do nariz, apesar dos movimentos dismétricos, pouco harmoniosos e hipercontrolados, revelando tensão que se suavizaram na avaliação final, o F. só conseguiu reproduzir uma das quatro figuras de forma rigorosa. As outras foram realizadas com hesitações, dismetrias, movimentos pouco harmoniosos, distorções de perspetiva e proporção e as mãos descoordenadas. Fez sempre as figuras mais pequenas do que o que foi indicado. Na avaliação final o F. imitou duas figuras com sucesso e com ligeiras melhorias no controlo do movimento, como seria de esperar. A criança desenhou o seu corpo com dimensões reduzidas, pouco proporcional e sem detalhes (orelhas, sobancelhas...), apesar de bem organizado. As dificuldades de coordenação parecem estar mais relacionadas com a falta de transferência inter-hemisférica do que com défices nas funções dos hemisférios, identificando-se limitações na noção, consciência e aceitação do corpo (Emck et al., 2012; Tallet et al., 2013). O F. manteve o perfil dispráxico (Fonseca, 2021). No decorrer das sessões, foram observadas constantes hesitações da parte da criança em relação à lateralidade do seu corpo e da posição dos objetos, sendo a própria a reconhecer que esta é uma área onde sente maiores dificuldades.

Na **Estruturação Espaço-Temporal** o F. obteve um perfil apráxico, revelando dificuldades na organização e verbalização da ação “matemática” – visível na necessidade de contar pelos dedos, no desajustamento dos passos face ao percurso e no ficar perdido a meio da tarefa, não sabendo já quantos passos deveria dar. Estas questões foram melhoradas na

avaliação final, ainda que com hesitações e dificuldades na planificação e com sinais de desorientação espacial, mas já com antecipando a necessidade de ajustar a passada consoante mais ou menos passos. Na estruturação dinâmica, na avaliação inicial, o F. não conseguiu completar nenhuma tarefa com sucesso, exceto a ficha de ensaio, demonstrando claros problemas ao nível das funções executivas (atenção, planeamento, memória de trabalho), comportamentais (e.g., impulsividade) e dificuldades gnossopráticas, não se focando nem no número de fósforos por figura, nem na sua organização. Foi notória uma clara evolução no segundo momento de avaliação, realizando 3 das 6 fichas. Este tipo de tarefas que exigiam o controlo executivo e motor foram dos principais objetivos estimulados ao longo do estágio e que parecem indiciar a evolução do F. Na representação topográfica inicial, o F. não realizou a trajetória, com dificuldades nas proporções e dimensões do mobiliário, não associando números aos objetos – o que foi melhorado na avaliação final, e com sinais de desorientação espacial. Situação idêntica ocorreu na estruturação rítmica não distinguindo os sons mais fortes/fracos, ritmos, estrutura, nem identificar o número de batimentos, o que melhorou na avaliação final onde realizou uma das cinco estruturas, apesar da desmotivação e do desagrado do F. As dificuldades executivas com capacidade de atenção de baixa qualidade e de duração reduzida (Kirk et al., 2015; Steele et al., 2012) com limitações na memória de trabalho, controlo inibitório e flexibilidade cognitiva (Danielsson et al., 2012), repercutem-se ao nível do processamento de informação e no processo de aprendizagem. As dificuldades na memória de trabalho visuo-espacial impactam a planificação, execução e tomada de decisões (Gathercole et al., 2006; Hartman et al., 2010). O F. evolui de um perfil apráxico para um dispráxico (Fonseca, 2021) depois de um ano de intervenção o que parece reforçar a continuação da intervenção psicomotora neste campo.

No fator **Praxia Global** e na coordenação oculo-manual e podal (tarefas de maior agrado da criança), o F. conseguiu realizar dois dos quatro lançamentos, com a mão direita, revelando adequado controlo visuo-motor e fluidez de movimentos e pouca desorientação espacial, de acordo com o estadio maturo do lançamento (Gallahue, 2005). Na coordenação oculo-podal existiu uma ligeira melhoria de resultados, o que uma surpresa agradável, mas não expectável, dado que ao longo do estágio não foram realizadas atividades específicas para a sua estimulação. A melhoria pode ter ocorrido devido ao melhor controlo postural da criança e melhoria da atenção, que foram trabalhados em tarefas que não implicavam a coordenação oculo-podal, mas que a criança conseguiu realizar o transfe. Desta forma, no item de dismetria a criança revelou movimentos adequados, com ligeiras dificuldades em adaptar a força aos lançamentos à distância do alvo (Fonseca, 2021). Nas tarefas de dissociação, o F. obteve a mesma pontuação nas duas avaliações em todos os itens, revelando dificuldades em perceber a tarefa, bem como dispraxias, dismetrias e pouco

planeamento motor. Na dissociação dos membros inferiores não conseguiu realizar nenhuma das quatro estruturas: não se lembrava da sequência e trocava o lado esquerdo com o direito. Também não conseguiu realizar a prova de agilidade, demonstrando pouca coordenação motora, realizando o movimento ao contrário do que era solicitado e obtendo um perfil dispráxico (Fonseca, 2021). Esta informação corrobora Westendorp (2011) que observou um desempenho inferior de crianças com DID do que os seus pares típicos, em quase todas as capacidades motoras globais. Os resultados das avaliações não sofreram grandes alterações tal como era expectável, uma vez que estes itens seriam mais facilmente desenvolvidos em ambiente de ginásio.

Finalmente, na **Praxia Fina**, e na subtarefa da coordenação dinâmica manual, o F. apresentou sincinésias ligeiras, apesar da sua persistência e vontade de não desistir, mesmo face a algumas dificuldades sentidas, que esmoreceu à medida que constatava que não conseguia realizar a tarefa. Na avaliação inicial demorou 9'50min a realizar a tarefa e na final 4'42min, revelando uma melhor coordenação bimanual do que noutras tarefas. O aumento da concentração foi algo trabalhado nas sessões, onde, em algumas o fator tempo foi elemento causador de *stress*, para se observar a reação da criança e para esta compreender os mecanismos internos (funções executivas) e externos (velocidade e coordenação dos movimentos) deste tipo de tarefas. O tamborilar revelou disgnosia digital e dispraxia fina e apesar do fraco planeamento micromotor o F. conseguiu melhorar a prestação na avaliação final, com melhor desempenho com a mão direita. No item da velocidade-precisão obteve um desempenho razoável em ambas as avaliações (41 pontos e 19 cruces vs. 30 pontos e 19 cruces) com uma pega adequada e revelando planeamento adequado e boa noção do espaço, utilizando a mão direita. Esta ligeira diminuição pode ter influenciada pelos ruídos das obras que afetou a sua concentração. O desempenho situa-se ao nível do perfil dispráxico (Fonseca, 2021) e parece ir ao encontro da menor qualidade motora habitualmente apresentado pelas crianças com DID ao nível da destreza manual, coordenação oculo-manual, aptidões com bola e equilíbrio (Vjuik et al., 2010).

O perfil inicial do F. situou-se a um nível dispráxico (13.2 pontos) e o final de eupráxico (15.95 pontos) (Fonseca, 2021), inferindo a evolução do mesmo ao longo do ano, e parecendo indicar a importância que a intervenção psicomotora pode deter com estas faixas etárias (Silva & Santos, 2021). Apesar destes resultados positivos, há que reforçar a necessidade de continuidade do trabalho psicomotor com o F. especialmente ao nível do controlo corporal e motor, dados os sinais desviantes, dismetrias, dissociação, problemas no controlo e nas funções cognitivas e executivas.

As melhorias verificadas no F. passaram por conseguir realizar o transfe de das atividades de EET concretizadas nas sessões para o seu dia-a-dia, por exemplo efetuar o trajeto casa-escola e vice-versa de forma autónoma.

Decorrente das adaptações constantes e das medidas nacionais para a prevenção e contenção da pandemia COVID-19, a intervenção da estagiária teve de se adaptar, assumindo-se a modalidade à distância, com o objetivo de continuar a prestar o apoio que algumas crianças necessitavam e a minimizar os potenciais prejuízos de uma nova paragem (como em 2020) ao nível psicomotor, académico e social. Para este efeito, e porque era uma situação “nova” a estagiária foi confrontada com um conjunto de desafios aos quais teve de corresponder, numa nova dinâmica psicomotora, agora mediada por computador. É neste contexto que se fundamenta a investigação concretizada e cujo objetivo passou por analisar os efeitos de uma intervenção psicomotora em dois formatos: presencial e *online*, tentando contribuir com a identificação de desafios ao nível da avaliação e intervenção psicomotora *online*, quando comparada com a modalidade tradicional presencial, listar eventuais soluções e oportunidades decorrentes da necessidade de adaptação da prestação do apoio de psicomotricidade por motivos de confinamento derivado da COVID-19.

Projeto de Investigação - A intervenção psicomotora nas modalidades presenciais e *online*: um estudo comparativo²

Resumo

A pandemia COVID-19 trouxe uma nova realidade exigindo a adaptação da intervenção psicomotora à modalidade à distância, dada a necessidade de manter os apoios anteriormente providenciados às crianças com perturbações do desenvolvimento. O objetivo é analisar e comparar os efeitos de uma intervenção psicomotora na dupla modalidade: presencial vs. *online*, tentando contribuir para a área com ideias para a prática e investigação, analisando-se benefícios e progressos de ambas as modalidades. A Bateria Psicomotora (BPM) foi aplicada a 27 crianças, entre os 6 e 16 anos (10.78 ± 2.75), 20 do género masculino e 7 do género feminino, com diferentes perturbações do desenvolvimento, das quais 14 tinham sessões presenciais e 13 sessões *online* através do serviço de intervenção à distância. A consistência interna foi calculada e os valores variaram entre .80 (noção corpo) e .97 (tonicidade), com um alpha de Cronbach total de .91, (excelente). Os testes não paramétricos Mann-Whitney e Wilcoxon foram utilizados para a comparação inter e intra grupos, respetivamente. Os resultados na comparação entre os grupos apontam para a existência de diferenças ($p < .05$) entre os dois tipos de intervenção, e nas avaliações pré-pós nas duas modalidades, indicando a potencialidade da modalidade online.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora; Bateria Psicomotora; Avaliação; Presencial, *Online*, Covid-19

Abstrat

The urgent imperative to move online, caused by the recent Covid-19 pandemic, changed daily routines and challenged psychomotor therapists to adapt their intervention. The online psychomotor intervention was, for the first time, put into practice given the need to maintain, somehow, the provision of supports to children that were already benefitting from those before COVID. However, no evidence exists about the potential of this type of modality within psychomotor intervention' field. Therefore, this article aims to analyze and compare the effectiveness of the psychomotor intervention in this double modality version: face-to-face vs online, trying to contribute with clues for both practice and research, through the identification and understanding of benefits, progresses and barriers of both modalities. The Psychomotor Battery was applied to 27 children, between 6 and 16 years-old (10.78 ± 2.75), 20 males and 7 females, with different developmental disabilities, of which 14 were in face-to-face intervention and 13 in online intervention, through a new institutional service created to continue support at home. Alphas Cronbach ranged from .80 (body awareness) and .97 (tonus), with a total alpha of .91 confirming internal consistency. The Mann-Whitney and Wilcoxon tests were performed to compare inter and intra-groups comparison, respectively. Results showed significant differences ($p < .05$) between both modalities and in pre-post assessment of both modalities, pointing out the potentiality of online psychomotor intervention.

² Citar como: Gomes, A., & Santos, S. (2022), A intervenção psicomotora nas modalidades presenciais e online: um estudo comparativo. *A Psicomotricidade* (no prelo)

Introdução

A doença de coronavírus 2019 (COVID-19), doença infecciosa altamente contagiosa causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), teve um efeito catastrófico na demografia mundial, sobrecarregou os sistemas de saúde e resultou na perda de meios de subsistência devido a paralisações prolongadas, que tiveram um efeito cascata na economia global (Cascella et al., 2022). De acordo com o relatório semanal da WHO, na semana de 24 de janeiro de 2022 havia um total de 349 641 119 casos confirmados e 5 592 266 mortes confirmadas em todo o mundo (WHO, 2022). O principal modo de transmissão do SARS-CoV-2 é através da exposição a gotículas respiratórias que transportam o vírus infeccioso através de um contacto próximo (1 a 2 metros) ou transmissão por gotículas (Cascella et al., 2022; WHO, 2019, 2020) e o tempo médio de exposição à COVID-19 e aparecimento dos primeiros sintomas varia de 2 a 14 dias após a exposição, com um tempo médio de 4-5 dias desde a exposição ao início dos sintomas (Lauer et al., 2020).

A estimativa atual da WHO (2021) da taxa global de mortalidade de casos para COVID-19 é de 2,2%, apesar da sua dependência de diversos fatores (e.g., idade, condições e comorbilidades pré-existentes subjacentes e gravidade da doença (Cascella et al., 2022). Os pacientes do género masculino correm o risco de desenvolver doença grave e aumento da mortalidade devido à COVID-19 em comparação com doentes do género feminino (Finelli et al., 2021; Gebhard et al., 2020; Jin et al., 2020). As crianças com menos de 10 anos parecem ter metade da probabilidade de serem diagnosticadas com SARS-CoV-2 do que crianças com mais de 10 anos ou adultos (Gudbjartsson et al., 2020) e as crianças com necessidades específicas podem ser mais vulneráveis às consequências da pandemia (Colizzi et al., 2020; Tso et al., 2020), e, as quebras nos horários e rotinas diárias podem levar a estados de elevada ansiedade, frustração e comportamentos negativos (Fegert et al., 2020; Kong & Thompson, 2020). No entanto, crianças com problemas de saúde mental podem beneficiar dos aspetos positivos da educação em casa, através da *internet* (Hoekstra, 2020; Thorell et al., 2021). Como as crianças com diferentes tipos de perturbações têm necessidades diferentes, é importante explorar o impacto da escola e terapias *online* nas mesmas.

A intervenção psicomotora tem vindo a ser reconhecida como um dos apoios a providenciar em contexto institucional, entre outros (Santos, 2017), constatando-se a aposta feita a nível nacional no âmbito das dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (Santos, 2020), apesar de ainda com poucas evidências com crianças (Silva & Santos, 2021). Em 2011, Weinert e colaboradores, reportaram melhorias significativas no âmbito do equilíbrio, coordenação motora, praxia global e fina de crianças entre os 3 e os 5 anos e com perturbações de desenvolvimento. Com a aplicação da Bateria Psicomotora vários autores constataam a potencialidade da intervenção para a melhoria de desempenho dos fatores

psicomotores. Campos et al. (2008) reportavam as melhorias, visíveis no aumento dos valores médios, apresentadas por crianças dos 10 aos 12 anos com baixo estatuto socioeconómico, depois de uma intervenção psicomotora de 3 meses, com sessões bissemanais de 50 minutos cada. Partindo de um perfil euprático na maioria dos fatores, os autores constataram depois da intervenção psicomotora uma transição para o perfil hiperprático, especialmente ao nível da equilibração, praxias global e fina, que se espera ter impacto positivo no sucesso académico (Campos et al., 2008). As habilidades motoras globais infantis tendem a melhorar após intervenção psicomotora (Valentini, 2002).

Santos & Silva (2021) reportaram evidências positivas com a implementação de um programa de intervenção psicomotora de 4 meses, reportando diferenças (melhorias) com efeitos significativos ao nível da *noção do corpo* e da *praxia global*, ao mesmo tempo que reportam a tendência para o aumento dos valores médios obtidos com um grupo de crianças com diferentes perturbações do desenvolvimento (Silva & Santos, 2021). A equilibração também foi apontada como a área menos forte quer ao nível do equilíbrio estático, como dinâmico, bem como a praxia fina particularmente na manipulação de objetos e atividades que exigiam velocidade e precisão. A preferência pelo lado direito foi reportada, tal como as dificuldades de dissociação que se refletem na qualidade do desempenho (Silva & Santos, 2021). Todos estes estudos destacam-se pela mediação corporal em regime presencial.

Apesar da escassez na intervenção psicomotora, vários autores sugeriram que a terapia *online* é mais atraente e apropriada para crianças, adolescentes e jovens adultos, que se sentem confortáveis em usar a tecnologia *online* (Callahan & Inckle, 2012; Nagarajan & Yuvaraj, 2019; Orengo-Aguayo et al., 2018). A modalidade à distância, já é considerada em inúmeras atividades profissionais (psicologia, psicoterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, arteterapia, musicoterapia - Ahessy, 2021; Geller, 2020; Tenforde et al., 2020), sendo possível identificar uma diversidade de termos para a sua designação: incluindo terapia *online*, e-terapia, e-learning, e-aconselhamento, terapia cognitivo-comportamental computadorizada (cCBT) e terapia cognitivo-comportamental eletrónica (eCBT) (Ostrowski & Collins, 2016), aconselhamento/terapia à distância/remota/virtual, aconselhamento *online*/ciber/web, videoterapia, teleterapia, telessaúde e i-terapia. A comunicação apenas por áudio é diferenciada como aconselhamento por telefone e aconselhamento tradicional como face-a-face ou presencial (Barker & Barker, 2021).

A terapia *online* é uma forma terapêutica de trabalho alternativo para apoiar os indivíduos com dificuldades no âmbito da saúde mental (Hanley & Reynolds, 2009; Sweeney et al., 2019), entre outros. Barker & Barker (2021) afirmam que geralmente os terapeutas consideram o acompanhamento *online* menos eficaz do que as consultas presenciais com os clientes em termos de estabelecer uma vinculação terapêutica e orientá-los empaticamente

para alcançar os objetivos e o bem-estar. A meta-análise de Horvath et al. (2011), com a revisão de 201 estudos, indicou que a vinculação terapêutica em regime presencial é responsável por cerca de 8% da variação total nos resultados terapêuticos entre os métodos utilizados, e que a correlação entre a vinculação terapêutica e as sessões-resultados tende a aumentar ao longo do tempo. A vinculação terapêutica abrange o acordo terapeuta-cliente sobre os objetivos das sessões, a colaboração nas tarefas terapêuticas e o apego.

O apoio terapêutico *online* é reconhecido e referenciado na literatura, apesar de no âmbito da intervenção psicomotora ter sido a “primeira vez” com que fomos confrontados com esta modalidade. No sentido de dar uma resposta às necessidades das famílias e ao cumprimento das normas definidas pela Direção Geral da Saúde (DGS) no contexto pandémico, implementou-se o SID – Serviço de Intervenção à Distância, como modalidade alternativa à intervenção presencial. Neste sentido, a intervenção *online* através do computador, *tablet* ou telemóvel, passou por cumprir os objetivos definidos para cada criança, adaptando-os ao contexto onde estão inseridas. Esta implementação vai ao encontro de Narzisi (2020) que considera que se as crianças estavam a beneficiar de acompanhamento terapêutico antes do alerta de COVID-19, é muito importante que continuem. Como muitos terapeutas interromperam a terapia presencial, é altamente recomendável continuar a terapia na modalidade de vídeo ou áudio *online* com o mesmo número de consultas semanais ou quinzenais. Este acompanhamento pode diminuir a ansiedade, verificar o humor e oferecer às crianças um espaço privado para conversar com um especialista (Narzisi, 2020).

Existem evidências que mostram que a terapia *online* pode ajudar no caso de jovens com baixa autoestima, perturbações da imagem corporal e depressão, pois faz com que se abram confortavelmente, resultando numa redução significativa dos sintomas (Simpson & Slowey, 2011). Os terapeutas também sugeriram que a terapia *online* é empoderadora para clientes que sofrem estigma social (Nagarajan & Yuvaraj, 2019). Outro benefício identificado na literatura é que o investimento e a participação do cliente aumentam na terapia *online*, pois estes assumem maior responsabilidade pela comunicação eficaz do que pessoalmente (Berger, 2017; Bischoff et al., 2004). Além disso, a distância reduzida entre uma sessão de terapia *online* e o ambiente doméstico do cliente também pode ser vantajosa em termos de transferência de capacidades aprendidas na sessão para a prática (Simpson & Reid, 2014). Sloan et al. (2011) observaram que quando a terapia *online* é a única opção viável, as comparações entre intervenções *online* e presenciais são menos significativas.

Apesar de se sentirem, em idades mais novas, desafios relacionais na terapia *online* (e.g., dificuldades em sentir e expressar empatia, sentir-se conectado com o terapeuta, e terapeuta/cliente se distraírem durante o período das sessões), a idade não parece estar relacionada com desafios tecnológicos (Békés et al., 2020). Programas terapêuticos *online*

para crianças e pré-adolescentes originaram resultados semelhantes ou superiores aos resultados em intervenção presencial, com evidências promissoras que sugerem benefícios nos programas de intervenção *online* e baseados no computador, que podem ajudar a aumentar a acessibilidade da intervenção para famílias que, de outra forma, não conseguiriam procurar serviços (Banneyer et al., 2018). No entanto, à medida que a tecnologia continua a avançar, esses programas podem precisar de se adaptar para continuar a atrair as crianças e os jovens (Whalen et al., 2017). Vários autores defendem que não existe nenhuma relação significativa ou consistente entre o género e os resultados de programas de intervenção e aprendizagem *online* (Greene et al., 2015; Muilenburg & Berge, 2005; Vermunt, 2005; Yukselturk & Bulut, 2007, 2009). Mas, outros estudos referem que desde a participação *online* (Boyte-Eckis et al., 2018; Nistor, 2013), interação social (Diep et al., 2016; Kizilcec et al., 2017) e conquistas de aprendizagens (McSporran & Young, 2001; Yukselturk & Bulut, 2009) existem diferenças entre géneros, com o género feminino a apresentar menos barreiras para a aprendizagem nesta modalidade (Rizvi et al., 2019). As componentes género e idade, no sucesso da aprendizagem *online* permanece inconsistente e inconclusivo (Rizvi et al., 2019), constatando-se a necessidade de mais estudos na área.

A crise de saúde da COVID-19 apresentou uma oportunidade única de pesquisa, pois praticamente todos os terapeutas e clientes em todo o mundo estavam limitados à terapia *online*, o que significava que ambos os grupos ganharam experiência com terapia *online* que, de outra forma, talvez não tivessem (Barker & Barker, 2021). Dado ter sido a primeira vez que os psicomotricistas se confrontaram com esta necessidade de adaptação ao confinamento, mas na emergência da continuação da prestação dos apoios, o objetivo deste estudo, passou por analisar e comparar os efeitos de uma intervenção psicomotora na dupla modalidade: presencial vs. *online*, tentando contribuir para a área com ideias para a prática e para a investigação, ao mesmo tempo que se analisam os benefícios e progressos de ambas as modalidades.

Método

Participantes

A amostra do estudo, de conveniência, envolveu 27 crianças, todas pertencentes ao concelho de Barcelos, entre 7 e 16 anos (10.78 ± 2.75), 20 do género masculino (74.1%) e 7 do género feminino (25.9%) que apresentavam, no seu processo clínico, várias perturbações de desenvolvimento: dificuldades intelectuais (n=1; 3.7%), perturbações do espectro do autismo (n=5; 18.5%), hiperatividade e défice de atenção (n=3; 11.1%), atraso global do desenvolvimento (AGD) (n=4; 14.8 %), dificuldades de aprendizagem específicas (n=5; 18.5%); problemas do comportamento (n=1; 3.7%), dificuldades intelectuais em comorbilidade

com AGD (n=2; 7.4%), T21 (n=1; 3.7%), paralisia cerebral (n=1; 3.7%) e citopatia mitocondrial (cegueira) (n=1; 3.7%). Três crianças não apresentam diagnóstico associado (n=3; 11.1%). A maioria das crianças frequenta o 1º ciclo (n=11; 40.7%), 6 o 2º ciclo (22.2%), 5 o 3º ciclo (18.5%) e 5 beneficiam do Plano Individual de Transição (PIT) (18.5%). Em relação ao regime das sessões: 14 das crianças tinham sessões presenciais (51.9%) e 13 crianças tinham sessões *online* através do SID (41.1%), com 12 crianças com sessões de psicomotricidade semanais (44.4%) e 15 com sessões quinzenais (55.6%). No que diz respeito a apoios terapêuticos, nove crianças tinham apenas terapia psicomotora (PM) (33.3%), uma criança tinha PM e Terapia Ocupacional (TO) (3.7%), duas crianças tinham PM e Terapia da Fala (TF) (7.4%); 10 crianças tinham PM e Psicologia (37%), 2 crianças tinham PM, TO e TF (7.4%) e três crianças tinham PM, TF e Psicologia (11.1%). Os critérios de decisão para a modalidade *online* foram: flexibilidade e conveniência - conjugação de horários para não existir muita gente na instituição ao mesmo tempo, com vista à diminuição dos contactos de risco devido à COVID-19, adaptabilidade e autoeficácia da criança e da família ao regime, condições e meios disponíveis por parte da criança (rede de *internet*, telemóvel/tablet/computador). A seleção para o recrutamento dos participantes passou por serem casos acompanhados pela estagiária, tendo-se solicitado autorização (aos encarregados de educação e à própria criança) e auscultado a vontade (crianças) para a participação no estudo.

Instrumento

Para avaliar as competências psicomotoras das crianças e jovens, foi utilizada a Bateria Psicomotora (BPM) instrumento psicopedagógico destinado a analisar o perfil psicomotor de crianças entre os 4 e os 12 anos, integrando tarefas que permitem questionar o normal desenvolvimento da criança e processos de aprendizagem, detetando possíveis Dificuldades de Aprendizagem (Fonseca, 2021). A BPM para além dos sete fatores psicomotores: Tonicidade, Equilibração, Lateralidade, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal, Praxia Global e Praxia fina, que se subdividem em 26 subfatores, alvo de avaliações qualitativas e quantitativas, avalia ainda o controlo respiratório, o aspeto somático e a fadigabilidade, bem como inclui um item sobre desvios posturais. Cada item é cotado de 1 a 4 variando entre uma realização: apráxica (1) - quando a criança não consegue realizar corretamente ou faz com imperfeição a tarefa; dispráxica (2) - quando a tarefa é realizada de forma descoordenada e com sinais desviantes; eupráxica (3) - se a tarefa é realizada de forma controlada; e hiperpráxica (4) - perante uma realização perfeita da tarefa (Fonseca, 2021). A cotação máxima da prova é 28 pontos e a mínima de 7 pontos, obtidos através da soma das cotações de cada fator, aferida pela média aritmética dos respetivos subfatores e a determinados intervalos de cotação corresponde um perfil psicomotor que caracteriza a criança na sua globalidade (Fonseca, 2021): 7-8 pontos corresponde a um perfil psicomotor

deficitário; 9-13 pontos corresponde a um perfil psicomotor dispráxico; 14-21 corresponde a um perfil psicomotor normal; 22-26 corresponde um perfil psicomotor bom e 27-28 corresponde a um perfil psicomotor bom. A BPM apesar de não estar validado, é o instrumento mais utilizado na avaliação psicomotora (Amorim et al., 2021).

Procedimentos

Tal como seria esperado de um projeto desta natureza, antes do início do estudo, garantiram-se os requisitos éticos, iniciando-se os procedimentos pelo envio do consentimento informado (da instituição) aos encarregados de educação e dos termos de assentimento às próprias crianças. Os documentos esclareciam o objetivo e as etapas do estudo, ao mesmo tempo que se assegurava a inexistência de riscos para a integridade do participante, bem como o anonimato e a confidencialidade dos dados que seriam utilizados para fins académicos e de investigação. Depois da recolha destes documentos assinados, procedeu-se à aplicação da BPM nas próprias sessões com as crianças, de forma a não interferir com outras atividades (curriculares e extra-curriculares) das mesmas.

A BPM foi aplicada em dois momentos distintos, aos dois grupos (em intervenção presencial e *online*): numa primeira vez – entre novembro e dezembro de 2020 - para a obtenção de dados que permitissem identificar áreas fortes e áreas a desenvolver e a definir objetivos (gerais e específicos), delineando-se o programa de acordo com estes dados, e englobando os interesses, motivações e prioridades da criança e respetiva família; e no final da intervenção – maio de 2021 - para se analisar quer a evolução dos casos apoiados, quer da qualidade de intervenção da estagiária, quer das eventuais diferenças entre as duas modalidades de intervenção. A aplicação da BPM requereu adaptações para as avaliações em regime não presencial, tendo em conta o contexto (e.g., com ou sem elemento facilitador) e materiais (tipo de *hardware* – tablet, telemóvel, computador, câmara móvel ou fixa e o seu alcance) disponíveis a cada criança: na prova das sincinésias, se não existisse uma bola, pedia-se para apertar a ponta de uma almofada; nos itens da coordenação óculo-podal/manual substituíam-se a bola por um rolo de papel; nas provas que exigem distâncias (e.g., 3m) optou-se pela realização de percursos consoante o tamanho das divisões da casa identificando-se pontos de referência alcançados pela câmara; nas provas que exigiam a nomeação de partes do corpo foi mostrado no ecrã um corpo humano, no qual a criança deveria nomear a parte apontada pelo rato e em si mesma. A plataforma utilizada foi o ZOOM, a partir da qual era criada uma reunião e enviado o link da mesma por *e-mail*, ao encarregado de educação ou próprio jovem, caso fosse reconhecida a sua autonomia para aceder à sessão. No regime presencial, não foi necessário adaptar nenhum item da BPM e a sua aplicação decorreu no gabinete de psicomotricidade. A duração estimada para a aplicação da

BPM nestes dois regimes foi de 60 a 90 minutos, dependendo das capacidades de cada criança e da qualidade da ligação à *internet* nas sessões *online*.

A análise dos dados foi feita recorrendo-se ao software Statistical Package Social Sciences (SPSS), versão 26.

Programa de Intervenção Psicomotora na dupla modalidade: presencial e online

Tal como referido, a aplicação da BPM numa primeira instância permitiu a obtenção de dados que foram utilizados para a identificação das áreas fortes (tonicidade, lateralidade) e das áreas a necessitar de um apoio mais individualizado e específico (estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina) para em seguida, se proceder ao estabelecimento dos objetivos gerais e específicos em regime presencial (tabela 9) e regime *online* (tabela 10) sempre considerando a participação da criança e famílias, e no alinhamento entre características (capacidades e necessidades), contextos, interesses e preferências, motivações e priorização das competências a estimular/adquirir. O programa psicomotor implementado, nas duas modalidades, teve uma duração de oito meses, com sessões semanais ou quinzenais de 45-60 min, cada uma dividida em três partes: diálogo inicial, onde a criança explica como foi a sua semana, o seu estado de espírito e detalhes que queira partilhar com o técnico, depois um momento de elaboração de uma ou mais atividades, adequadas aos objetivos da criança e ao seu estado no momento e, por fim, um diálogo final, onde é feito um resumo da sessão através dos aspetos que correram bem e menos bem (empenho, comportamento...). No total foram concretizadas 275 sessões com as crianças em regime presencial e 234 em regime online.

As atividades mais realizadas estavam relacionadas com a estruturação espaço-temporal, motricidade fina, coordenação óculo-manual e cognição através das funções executivas, como a atenção, memória, controlo inibitório, planeamento, tomadas de decisão, flexibilidade cognitiva e criatividade. As principais estratégias utilizadas passaram por utilizar a capacidade de observação, no sentido de se perceber como é que cada criança reage a uma determinada situação, utilização de jogos e atividades adequadas ao gosto e aos objetivos de cada uma, manter uma relação terapêutica baseada na empatia e na comunicação, adaptar a mesma atividade ao perfil de cada criança (e.g. tempo de realização, progressão), apoio verbal e/ou físico, demonstração, questionamento e *feedback* (positivo e negativo). Todas as medidas decretadas pela DGS até ao momento (utilização de máscaras, medição da temperatura corporal, utilização de álcool gel para desinfeção das mãos e distanciamento social) foram respeitadas. As obras na instituição também condicionaram a intervenção em modo presencial, limitando o acesso ao ginásio, sala de Snoezelen e de integração sensorial.

Tabela 13: Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos/atividades e estratégias de intervenção em regime presencial, num ponto de vista geral das intervenções

Área	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias
Cognição	Desenvolver as funções executivas	Permanecer numa tarefa do início ao fim	Minimizar fatores distráteis, <i>feedback</i> positivo
		Criar uma história através de cartões didáticos e representar a mesma através de desenho	Ajuda verbal, <i>Feedback</i> positivo, Decomposição
Tonicidade	Melhorar a Postura Corporal	Promover uma postura correta sentado na cadeira, junto à mesa de trabalho	Instrução verbal, <i>Feedback</i> positivo
	Reduzir a ocorrência de Paratonias	Realizar atividades de mímica, de forma a promover uma descontração muscular, movimentos harmoniosos e fluidos	Demonstração, Ajuda Verbal, <i>Feedback</i> positivo
Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático	Permanecer em apoio retilíneo - colocar um pé no prolongamento exato do outro – Xs de olhos fechados	Demonstração, <i>Feedback</i> positivo, Decomposição, Ajuda física
		Manter-se em equilíbrio em pontas dos pés, de olhos fechado e com as mãos apoiadas nos quadris, durante Xs (dependendo da criança)	
		Utilizando 16 copos de plástico, alinhados 4x4 e separados em 2 grupos por uma linha reta vertical, ficando 2x4 e utilizando 4 palhinhas colocadas em cima de dois copos cada, em posição de pé-coxinho, com o pé que está levantado, colocar a palhinha de uma coluna de copos para a outra, sem deixar cair e sem mover o pé de apoio (https://www.youtube.com/watch?v=fyuBLJVJ_uw)	
	Melhorar o equilíbrio dinâmico	Deslocar-se em cima de uma linha 2m, com um copo de plástico vazio na palma de uma mão, com o braço em extensão; depois com um copo em cada mão e, por fim, com um copo, alternando de uma mão para a outra, sem deixar cair. Saltar, ao pé-coxinho, para cima de quadrados coloridos, colocados a diferentes distâncias, com diferentes variações como; elevação dos joelhos, mãos atrás das costas...	
Noção do Corpo	Melhorar o reconhecimento D-E	Identificar o lado direito e esquerdo no outro, encontrando-se à sua frente, através do reconhecimento da linha média do corpo	Ajuda Verbal, <i>Feedback</i> positivo
		Jogos de mímica, em espelho, com nomeação das posições (e.g.: “estou com o braço esquerdo levantado e com a perna direita fletida”)	Ajuda Verbal, <i>Feedback</i> positivo
	Desenvolver a imitação de gestos	Memorizar e reproduzir gestos bilaterais (até 4 figuras), apresentados pelo técnico, respeitando movimentos e posições, podendo falhar até X vezes (depende da criança).	Demonstração, Ajuda Verbal, <i>Feedback</i> positivo
	Melhorar desenho corpo	Desenhar uma história ou uma situação real partilhada com o terapeuta, onde a criança esteja presente, para desenhe o seu corpo	Ajuda verbal, Questionamento

Tabela 9 (cont): Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos/atividades e estratégias de intervenção em regime presencial, num ponto de vista geral das intervenções

Área	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias
Estruturação Espaço-Temporal	Melhorar a noção de tempo	Relatar, com detalhe temporal (manhã, tarde, noite e dia semana), os acontecimentos importantes da sua semana, na ordem de ocorrências	Ajuda Verbal, Questionamento
		Organizar a sua semana, através da elaboração de um horário com as rotinas da escola, terapias e atividades extracurriculares	Ajuda verbal, <i>Feedback</i> positivo
	Melhorar a organização espacial	Realizar puzzles com X peças, do início ao fim Realizar atividades de simetrias – na folha quadriculada onde está desenhada uma figura a crianças terá de copiar de forma simétrica Saber situar-se no espaço em relação a um ponto de referência	Ajuda verbal, <i>Feedback</i> positivo
Praxia Global	Melhorar a coordenação óculo-manual	Colocar missangas de madeira de diferentes cores num tabuleiro de pregos, por filas, de acordo com as imagens apresentadas Na posição de pé, lançar uma bola ao ar com as duas mãos e bater 3 palmas antes de a bola descer e agarrá-la também com as duas mãos. Inserir variáveis como correr ou saltar, modificar o nº de palmas	Demonstração, Ajuda verbal, Progressão, <i>Feedback</i> positivo
	Melhorar a coordenação óculo-podal	Pontapear uma bola, a um alvo colocado a 2m, adequando a força e a direccionalidade do movimento Na posição de sentado, deslocar bolas colocadas entre os pés, de um arco para o outro, sem deixar cair	Demonstração, Ajuda verbal, Ajuda física <i>Feedback</i> positivo
Praxia Fina	Promover o controlo movimento do grafismo	Com a plasticina realizar os grafismos solicitados de forma a preencher a figura desenhada previamente pelo técnico.	Demonstração, <i>Feedback</i> positivo
	Melhorar a dissociação digital	Conseguir jogar o “twister de dedos”, podendo falhar 2x; Com tintas, pintar a falange de cada dedo da mão com uma cor diferente e, num papel já com uma bola da cor, “carimbar” com o dedo que tem a cor igual à do papel	Demonstração, Ajuda verbal, Ajuda física (ir retirando)
	Melhorar a coord. dinâmica manual	Enfiar uma linha num tabuleiro de madeira com furos, por baixo e por cima. Rasgar papel em pedaços grandes, tiras, pedaços pequenos. 1º- usar papel menos espesso e ir aumentando o nível de resistência.	

Na modalidade à distância, os objetivos - pelas características apontadas, centraram-se no desenvolvimento cognitivo-executivo, tendo sido criados jogos (*PowerPoint*) pelo orientador local e pela estagiária, adaptados às necessidades da população, e recorrendo a diferentes sites (e.g., <https://www.coquinhos.com/>, <https://wordwall.net/>, <https://www.abcya.com/>, <https://pbskids.org/>, <https://www.cbc.ca/>, <https://www.highlightskids.com/> ou <http://www.crazygames.com.br/>), plataformas (e.g., *YouTube*, *Google Maps*) e outros jogos existentes (memória, com objetos de madeira, folhas de papel...), entre outros.

Tabela 14: Áreas de intervenção, respetivos objetivos gerais e específicos/atividades e estratégias de intervenção em regime online, num ponto de vista geral das intervenções

Área	Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Estratégias
Cognição	Desenvolver as funções executivas	Permanecer numa tarefa do início ao fim	Minimizar fatores distráteis, <i>feedback</i> positivo
		Conseguir realizar o jogo https://www.coquinhos.com/jogo-de-logica-biscoitos-de-gengibre/play/ até ao nível X Criar uma história através de cartões didáticos e representar a mesma através de desenho Conseguir realizar o jogo https://www.abcya.com/games/fuzz_bugs_factory completo	Demonstração, Ajuda verbal, <i>Feedback</i> positivo Decomposição Ajuda verbal, Questionamento, <i>Feedback</i> positivo
Tonicidade	Melhorar a Postura Corporal Reduzir a ocorrência de Paratonias	Promover uma postura correta sentado na cadeira, junto à mesa de trabalho Realizar atividades de mímica, de forma a promover uma descontração muscular, movimentos harmoniosos e fluidos	Instrução verbal, <i>Feedback</i> positivo Demonstração, Ajuda Verbal, <i>Feedback</i> positivo
Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático	Permanecer em apoio retilíneo - colocar um pé no prolongamento exato do outro – Xs de olhos fechados (depende de criança para criança)	Demonstração, <i>Feedback</i> positivo, Ajuda física
Noção do Corpo	Melhorar o reconhecimento D-E	Conseguir realizar o jogo https://wordwall.net/pt/resource/16173626/localiza%C3%A7%C3%A3o-direita-e-esquerda e apontar para as partes do corpo (e.g. “tocar na tua orelha esquerda com a mão direita” Jogos de mímica, em espelho, com nomeação das posições (e.g.: “estou com o braço esquerdo levantado e com a perna direita fletida”)	Ajuda Verbal, <i>Feedback</i> positivo
	Melhorar o desenho corpo	Desenhar uma história ou uma situação real partilhada com o terapeuta, onde a criança esteja presente, para que desenhe o seu corpo	Ajuda verbal, Questionamento
Estruturação Espaço-Temporal	Melhorar a noção de tempo	Relatar, com detalhe temporal (manhã, tarde, noite e dia da semana), os acontecimentos importantes da semana, por ordem de ocorrências Através da tela branca da plataforma ZOOM, pedir à criança que desenhe um relógio com o ponteiro das horas e minutos de acordo com a instrução dada pelo técnico	Ajuda verbal, <i>Feedback</i> positivo
	Melhorar a organização espacial	Conseguir realizar o jogo https://www.abcya.com/games/tangrams do “easy” ao “hard” Conseguir nível X jogo www.abcya.com/games/animalines Saber situar-se no espaço em relação a um ponto de referência	Ajuda verbal, Progressão, <i>Feedback</i> positivo
		Conseguir realizar o 1º nível do jogo https://www.coquinhos.com/labirinto-conectar-animais-e-seus-alimentos/play/ de forma autónoma	
Praxia Global	Melhorar a coordenação óculo-manual	Escrever num papel uma história inventada e, se for adequado, escrever em computador a mesma	Ajuda verbal, <i>Feedback</i> positivo
	Melhorar a coordenação óculo-podal	Pontapear uma bola, a um alvo colocado a Xm (de acordo com o espaço), adequando a força e a direccionalidade do movimento	Ajuda verbal, Ajuda física (ir retirando) <i>Feedback</i> positivo
Praxia Fina	Promover o controlo do movimento do grafismo	Com um lápis, desenhar numa folha de acordo com as indicações do técnico (e.g. “em ZigZag”, “em onda”)	Demonstração
	Melhorar a coordenação dinâmica manual	Rasgar papel em pedaços grandes, em tiras, em pedaços pequenos e fazer bolas dos tamanhos indicados.	

Apresentação de Resultados

A apresentação dos resultados será feita numa primeira fase com recurso à estatística descritiva (através dos valores médios e de desvio-padrão – tabela 11) para em seguida se proceder ao estudo comparativo entre as diversas modalidades, optando-se pelas técnicas não paramétricas, dada a não normalidade da distribuição e o número reduzido da amostra. Assim, para a comparação intra-grupos ao longo do tempo foi concretizado o teste Wilcoxon para se analisar a eventual evolução ao longo do tempo por grupos, e para a comparação entre grupos (nas modalidades presenciais e online) o teste de Mann-Whitney, baseando-se as decisões no nível de significância $\leq .05$ (tabela 11). Além disso foram também analisados os resultados em função do género e idade que não apresentaram diferenças (e por isso não serão apresentados), bem como da frequência da sessão (semanal vs. quinzenal – tabela 12) dado o seu eventual impacto na progressão do desempenho. Para ambos, foram calculados os tamanhos dos efeitos assumindo-se a sua interpretação de acordo com os seguintes valores: efeito insignificante se inferior a .20, pequeno se $d < .50$, médio se $.50 < d < .80$ e elevado se $d > .80$ (Dancey & Reid, 2019; Lipsey & Wilson's, 2001). A consistência interna foi calculada e os valores obtidos variaram entre .80 (noção do corpo) e .97 (tonicidade), com um alpha de Cronbach total da BPM de .91, considerada como excelente (Andresen, 2000). Apenas o fator de lateralização apresentou valores inferiores ($\alpha = .34$).

Tabela 11: Resultados da estatística descritiva (valores médios e desvio-padrão), testes de Wilcoxon e Mann-Whitney obtidos pelos 2 grupos nos dois momentos de avaliação – BPM

Fatores/itens Psicomotores	Grupo Presencial (GP) M±sd		GP Wilcoxon AvI vs AvF p	Grupo Online (GO) M±sd		GO Wilcoxon AvI vs AvF p	GP vs. GO Teste Mann-Whitney AvI AvF	
	AvI	AvF		AvI	AvF			
Controlo respiratório	3.02±1.25	3.07±1.23	.16	2.51±.97	2.97±.81	.02 (d=.51)	U=63,500 Z=-1.358; p=.18	U=76,000; Z=-0.754; p=.45
Fatigabilidade	3.14±.66	3.14±.77	1	2.54±.78	2.68±.76	.16	U=53,000 Z=-2.014; p=.04 (d=.83)	U=64,000; Z=-1.43; p=.15
Tonicidade	2.87±.61	2.99±.64	.01 (d=.20)	2.64±.58	2.74±.62	.14	U=65,500 Z=-1.24; p=.22	U=65,500; Z=-1.63; p=.23;
Extensibilidade Mlinferiores	2.95±.71	2.93±.89	.04 (d=.02)	2.51±.81	2.67±.76	.10	U=52,500 Z=-2.00; p=.04 (d=.58)	U=55,000; Z=-1.788; p=.07
Equilibrção	2.56±.75	2.96±.81	.003 (d=.51)	2.32±.71	2.49±.82	.007 (d=.22)	U=70,000 Z=-1.02; p=.31	U=62,000; Z=-1.409; p=.16
Saltos pés juntos frente	2.93±.99	3.36±1.08	.03 (d=.42)	2.59±.86	2.85±.69	.16	U=74,000 Z=-.884; p=.38	U=51,500; Z=-2.04; p=.04 (d=.56)
Saltos pés juntos trás	2.57±1.01	2.86±.95	.16	2.31±.76	2.31±.63	1	U=76,500 Z=-.755; p=.45	U=64,000; Z=-1.96; p=.05 ; (d=.68)

Tabela 11 (cont): Resultados da estatística descritiva (valores médios e desvio-padrão), testes de Wilcoxon e Mann-Whitney obtidos pelos 2 grupos nos dois momentos de avaliação – BPM

Fatores/itens Psicomotores	Grupo Presencial (GP) M±sd		GP Wilcoxon Avl vs AvF ρ	Grupo Online (GO) M±sd		GO Wilcoxon Avl vs AvF ρ	GP vs. GO Teste Mann-Whitney	
	Avl	AvF		Avl	AvF		Avl	AvF
Lateralidade	2.86±.86	3.29±.61	.11	2.62±.50	3.00±.58	.03 (d=.70)	U=72,500 Z=-1.00; ρ =.32	U=53,500; Z=-1.43; ρ =.15
Lateralidade ocular	.64±.50	1±.01	.66	1.00±00	1.00±00	1	U=58,500 Z=-2.34; ρ =.01 (d=.XX)	U=65,000; Z=-2.05; ρ =.04; (d=.XX)
Lateralidade podal	2.29±.83	1.92±.50	1	.64±.50	.69±.48	.71	U=56,000 Z=-2.52; ρ =.02 (d=.XX)	U=63,000; Z=-2.21; ρ =.03; (d=.XX)
Noção do Corpo	2.53±.65	2.74±.58	.04 (d=.34)	2.12±.52	2.31±.48	.02 (d=.38)	U=52,500 Z=-1.89; ρ =.06	U=51,000; Z=-1.96; ρ =.05;
Reconhecimento D-E	2.93±1.07	2.93±.92	1	2.23±.60	2.54±.51	.10	U=51,000 Z=-2.04; ρ =.04 (d=.81)	U=70,500; Z=-1.08; ρ =.28;
Estruturação Espaço-Tempo	2.13±.85	2.59±.98	.005 (d=.50)	1.97±.61	2.36±.99	.002 (d=.47)	U=75,500 Z=-.75; ρ =.45	U=71,000; Z=-.973; ρ =.33
Praxia Global	2.13±.60	2.57±.70	.002 (d=.67)	1.72±.37	2.57±.70	.01 (d=.1.51)	U=45,500 Z=2.22; ρ =.03 (d=.82)	U=34,500; Z=-2.76; ρ =.006
Coordenação óculo-podal	2.29±.83	3.00±.78	.03 (d=.88)	1.92±.49	2.31±.75.	.05 (d=.62)	U=63,500 Z=-1.47; ρ =.14	U=47,500; Z=-2.337; ρ =.02 (d=.90)
Dismetria	2.29±.73	2.54±.63	.03 (d=.37)	1.62±.65	1.69±.48	.56	U=47,000 Z=-2.29; ρ =.02 (d=.97)	U=24,500; Z=-1.43; ρ <.001 (d=1.5)
Dissociação dos MInferiores	1.93±.91	2.50±1.02	.07	1.46±.52	1.62±.50	.32	U=66,000 Z=-1.32; ρ =.18	U=43,500 Z=-2.435; ρ =.02 (d=1.1)
Agilidade	1.43±.76	1.64±.75	.18	1.00±.00	1.15±.38	.16	U=65,000 Z=-2.043; ρ =.04 (d=.80)	U=57,500 Z=-1.962; ρ =.05 (d=.82)
Praxia Fina	2.45±.90	2.56±1.00	.06	2.13±.51	2.36±.51	.004 (d=.45)	U=63,000 Z=1.37; ρ =.17	U=65,000 Z=-1.272; ρ =.20
Cruzes	3.36±1.08	3.36±.96	1	2.46±.66	2.85±.69	.03 (d=.58)	U=35,000 Z=2.8; ρ =.005	U=47,500 Z=-2.31; ρ =.02 (d=.61)
Velocidade-precisão	3.00±.96	3.18±1.09	.16	2.46±.66	3.00±.58	.006 (d=.87)	U=49,500 Z=2.12; ρ =.03	U=61,000 Z=-1.531; ρ =.13
Total	2.86±.77	3.43±.76	.005 (d=.75)	2.62±.51	2.92±.49	.04 (d=.60)	U=63,000 Z=-1.37; ρ =.17	U=52,000 Z=-2.088; ρ =.04 (d=.80)

p<.05;

Tal como se observa na tabela 11, os valores médios ao nível dos fatores ou dos itens pareceram indicar um perfil, tendencialmente euprático, que se manteve na avaliação final, mesmo quando se constata o aumento ligeiro dos valores médios na maioria dos itens, exceção feita ao nível da *fatigabilidade*, *controlo respiratório*, *reconhecimento direita-esquerda* e na tarefa das *cruzes* que se mantêm inalteráveis. As diferenças indicadoras de alteração, e em todos os casos, e de progresso foram sentidas ao nível dos fatores *tonicidade* (extensibilidade dos membros inferiores), *equilíbrio* (saltos a pés juntos para a frente), *noção do corpo*, *estruturação espaço-temporal*, *praxia global* (ao nível da coordenação oculo-

podal e da dismetria) com repercussões no índice *final* da BPM. Os tamanhos dos efeitos foram fracos a fortes. Ao nível da modalidade online, mantém-se a mesma tendência, observando-se o aumento dos valores que se traduzem em diferenças pré-pós ao nível do *controlo respiratório, equilibração, lateralidade, noção do corpo, estruturação espácio-temporal, praxia global* (coordenação oculo-podal), *praxia fina* (cruzes e pontos) e total da escala. Os tamanhos dos efeitos parecem ser tendencialmente mais fortes, exceção ao nível da equilibração e noção do corpo. O único item cujos valores médios permaneceram inalteráveis foi o de *saltos a pés juntos para trás*.

Na comparação entre os participantes que usufruíram do mesmo apoio (intervenção psicomotora) mas em modalidades distintas, observa-se que logo na avaliação inicial os participantes em regime online apresentaram valores médios inferiores em todos os fatores e itens, do que os participantes em regime presencial, mantendo esta tendência após a intervenção, apesar de, tal como referido, se poder apontar a melhoria ligeira dos valores médios nas duas modalidades. Na análise das diferenças esta situação é visível ao nível da *fatigabilidade, extensibilidade dos membros inferiores, lateralidade ocular e podal, reconhecimento direita-esquerda, praxia global, dismetria e agilidade e no somatório final*. Já na comparação depois do programa, constata-se diferenças ao nível dos *saltos a pés juntos (frente e trás), lateralidade (ocular e podal), noção do corpo, praxia global (coordenação oculo-podal, dismetria, dissociação e agilidade), nas tarefas de cruces e pontos e no total*.

Na análise da tabela 12, e dada a curiosidade em analisar o eventual impacto da frequência de sessões (semanal vs. quinzenal) observa-se que existem poucas diferenças entre os participantes, apesar de com tamanhos de efeitos médios a grandes, apontando-se diferenças no perfil individual ao nível das diadococinésias, onde as crianças com frequência quinzenal (e à partida com menores necessidades de apoios) apresentavam um perfil euprático vs. o perfil disprático das crianças com intervenção psicomotora semanal. De qualquer das formas, e excetuando o *controlo respiratório e a fatigabilidade*, onde as crianças com frequência quinzenal do apoio psicomotor reportam um ligeiro decréscimo dos valores médios, após a intervenção é possível constatar melhorias nos restantes itens, que se traduzem por diferenças significativas na extensibilidade dos membros inferiores e nas sincinesias bucais. Há a explicitar que o número de sessões das crianças com apoio da intervenção psicomotora foi de 12, e que no caso das crianças com frequência quinzenal foi de 15.

Tabela 12: Estudo comparativo das competências psicomotoras dos participantes pela variável: frequência das sessões

Fatores Psicomotores e itens	Semanal AvI M±sd	Quinzenal AvI M±sd	S vs Q AvI ρ (Mann-Whitney)	Semanal AvF M±sd	Quinzenal AvF M±sd	S vs Q AvF ρ (Mann-Whitney)
Controlo respiratório	2.50±1.08	3.00±1.11	.24	2.80±1.06	2.81±1.04	.42
Fatigabilidade	2.83±.58	2.87±.92	.08	2.89±.87	2.83±.99	.46
Tonicidade	2.60±.66	2.88±.53	.25	2.70±.67	3.01±.59	.13
Extensibilidade membros inferiores	2.58±.81	2.87±.75	.366	2.67±.90	3.07±.78	.04 (d=.47)
Sincínésias bucais	2.67±.65	2.88±.51	.19	2.83±.58	3.47±.52	.01 (d=1.16)
Diadococinésias mão esq	2.42±.51	2.93±.59	.03 (d=.92)	2.67±.65	2.87±.73	.32
Equilíbrio	2.36±.79	2.52±.59	.53	2.25±.85	2.90±.81	.32
Lateralidade	2.83±.94	2.67±.49	.50	3.17±.58	3.13±.64	.91
Noção do Corpo	2.25±.62	2.40±.62	.45	2.43±.55	2.61±.57	.27
EET	1.93±.71	2.60±.50	.51	2.30±.82	2.63±.77	.29
PG	1.79±.44	2.07±.58	.14	2.14±.66	2.34±.66	.40
PF	2.10±.65	2.46±.60	.24	2.28±.71	2.70±.85	.16
Total	2.67±.89	2.80±.41	.61	3.08±.67	3.27±.70	.47

$p < .05$

Discussão de Resultados

Este artigo teve como objetivo entender o eventual contributo que a modalidade online poderá ter trazido à intervenção psicomotora, enquanto apoio a crianças com perturbações do desenvolvimento, em consequência da pandemia COVID-19 que pelas suas medidas contentores, obrigou a momentos de confinamento e isolamento social, fazendo inclusive com que alguns apoios suspendessem as suas atividades. A intervenção psicomotora tem vindo a ser reconhecida como um dos apoios a oferecer em contexto institucional (Santos, 2017, 2020). Apesar da possível relutância de alguns psicomotricistas em não concetualizar a intervenção psicomotora mediada pela tecnologia, as crianças com necessidades de apoio não podiam deixar de ter estes acompanhamentos (Colizzi et al., 2020; Tsao et al., 2020), com o risco não só de não evoluir, mas também de perder aquisições já ganhas e até de reforçar outros comportamentos no âmbito da saúde mental (Hanley & Reynolds, 2009; Sweeney et al., 2019) que não faziam sentir antes da quebra de rotinas (Fegert et al., 2020; Kong & Thompson, 2020).

Apesar de outras profissões (e.g., psicologia, musicoterapia, psicoterapia, etc.) já utilizarem a modalidade à distância online com sucesso (Ahessy, 2021; Geller, 2020; Tenforde et al., 2020), e até em contexto educativo (Hoekstra, 2020; Thorell et al., 2021), dado a atratividade que esta modalidade representa para os mais novos (crianças a jovens adultos - Callahan & Inckle, 2012; Nagarajan & Yuvaraj, 2019; Orengo-Aguayo et al., 2018) pela primeira vez, e também a nível nacional, havia necessidade de se avaliar o papel que a modalidade online poderia aportar (Barker & Barker, 2021) ao nível da intervenção psicomotora. É na ausência de evidências na atividade profissional do psicomotricista que este estudo se insere, através de um estudo comparativo pré-pós a um duplo nível: na

comparação das modalidades (presenciais vs. online) e entre-modalidades (pré-pós programa).

Desta forma, este estudo inserido na atividade profissional do psicomotricista, numa instituição que providencia apoio a pessoas com perturbações de desenvolvimento, resulta da necessidade que a instituição teve para se adaptar às restrições e medidas adotadas para a contenção da disseminação da pandemia e que culminou com a implementação do SID, na qual a intervenção psicomotora se inseriu, como forma alternativa à intervenção presencial e para todos os que assim preferissem, pelas mais variadas razões, colmatando o risco de cessação dos apoios pela segunda vez, e dada a importância da sua continuação (Narzisi, 2020; Simpson & Slowey, 2011). Uma das questões inerentes à intervenção psicomotora à distância/via online passam por duas questões: medicação corporal vs. tecnologia, pela dificuldade em estabelecer a vinculação terapêutica e orientá-los empaticamente para alcançar os objetivos e o bem-estar e pelo desconhecimento dos eventuais benefícios (Barker & Barker, 2021). Apesar destas questões não terem sido avaliadas diretamente, da experiência profissional e ao longo da implementação do estudo, a vinculação terapêutica foi estabelecida entre psicomotricista e participantes, o que poderá ter ajudado ao aumento dos valores médios (Horvath et al., 2011), na maioria dos domínios e itens, e prevenção de desajustamentos (Simpson & Slowey, 2011) mesmo na modalidade online (Nagarajan & Yuvaraj, 2019).

De uma forma geral, as crianças em situação de intervenção presencial apresentaram melhores resultados na avaliação inicial e final, com tendência para um perfil euprático, que se manteve após a intervenção onde se realça o aumento dos valores médios o que parece ir ao encontro de outros estudos que apontam melhorias após a implementação de programas de intervenção psicomotora com crianças (Silva & Santos, 2021). A *fatigabilidade* e o *controlo respiratório*, tal como o *reconhecimento direita-esquerda* não se alteraram, eventualmente pelo nível razoável apresentado inicialmente e pela tipologia de sessões em função do espaço existente que apelaram mais a tarefas de mesa. Por outro lado, é possível constatar as melhorias, reflexo do aumento dos valores médios e da existência de diferença com tamanho de efeitos médios a fortes ao nível da equilibração, saltos a pés juntos (frente e trás), estruturação espaço-temporal, coordenação oculo-manual, praxia global e total, uma vez que foram realizadas tarefas que promoviam o desenvolvimento destes fatores, reforçando outros estudos (Campos et al., 2008; Silva & Santos, 2021; Weinert et al., 2011). O fator *tonicidade* também apresentou diferenças, com um ligeiro aumento dos valores médios, eventualmente decorrente da necessidade de controlar a postura de sentado, dada a tendência para mais atividades de papel e lápis (por limitações do espaço por motivos de obras) ou sentado em frente ao psicomotricista/computador, decorrente da necessidade da criança se posicionar de

frente para a câmara, para que o psicomotricista conseguisse ter a visão geral do espaço e do desempenho. Campos et al. (2008) também já tinham reportado melhorias neste fator com crianças mais novas. A equibração foi outros dos fatores onde se constataram diferenças, decorrente não apenas do tipo de tarefas que exigiam um maior controlo postural, como eventualmente dos saltos que foram dos poucos exercícios de motricidade global fomentados ao longo do tempo. Tal como Campos et al. (2008) referem, o próximo passo será analisar o impacto destas melhorias no sucesso académico.

Ao nível da lateralização constatou-se a tendência para a preferência do lado direito, tal como Silva & Santos (2021) constataram no seu estudo. A *noção do corpo e a estruturação espaço-temporal* foram dos fatores que também apresentaram diferenças, tendo sido trabalhados com alguma especificidade e intensidade, tentando coadjuvar o trabalho do professor na sala de aula e procurando reforçar alguns conteúdos que estavam a ser aprendidos em contexto educativo. Já em 2021, Silva & Santos reportaram melhorias nestes domínios. Por todas estas razões, também se constata a evolução ao nível da praxia global e da coordenação no âmbito da melhor habilidade na manipulação de objetos (e.g., rato do computador, lápis) que se repercutiu na maior velocidade de ação e precisão (Silva & Santos, 2021).

A tendência de melhoria parece também ocorrer em regime online, corroborando Banneyer et al. (2018), não só pelo aumento dos valores médios, como pela existência de diferenças significativas, com tamanho de efeitos médio, ao nível do *controlo respiratório, equibração, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global* (coordenação oculo-podal), *praxia fina* (cruzes e pontos) e total da escala. Estes resultados justificam-se devido às atividades realizadas ao longo das sessões, uma vez que estas pretenderam desenvolver os fatores referidos, direta ou indiretamente. O trabalho desenvolvido exige alguma complexidade no que diz respeito às competências a utilizar pelo que os fatores acabam por ser desenvolvidos através das tarefas que tinham como principal foco o desenvolvimento das funções executivas, psicomotoras (Silva & Santos, 2021) e académicas. Por outro lado, a modalidade online pareceu ser atrativa para estas faixas etárias (Callahan & Inckle, 2012; Nagarajan & Yuvaraj, 2019; Orengo-Aguayo et al., 2018), sentindo a necessidade de, contudo, manter a presença constante do psicomotricista, via imagem, e não apenas por indicação verbal. O único item sem alterações foi o de *salto a pés juntos para trás*, uma vez que não foram realizadas tarefas nesse sentido, devido à limitação de espaço na sala. Uma das mais valias experienciadas com a mediação por tecnologia foi o nível de participação da criança, dada a necessidade de serem elementos ativos e com decisão nas atividades (Berger, 2017; Bischoff et al., 2004), assumindo maior responsabilidade, que se também se estendeu aos pais. O empoderamento psicológico destes elementos foi uma mais-

valia que se viveu e parecendo reforçar Nagarajan & Yuvaraj, (2019). Por outro lado, a exigência da adaptação de materiais e atividades no contexto domiciliário (e com o técnico na instituição) facilitou o transfere de competências “diretamente” para a vida real e na prática, tal como veiculado por Simpson & Reid (2014).

A utilização do computador como ferramenta principal pareceu ser fundamental para a manutenção da intervenção (Narzisi, 2020). A vinculação terapêutica manteve-se no sentido em que a relação entre criança e a psicomotricista foi estabelecida numa base de confiança e lúdico, sentindo-se, mesmo, mais próxima com as famílias, e parecendo corroborar a importância que a mesma desempenha ao longo do processo terapêutico seja em regime presencial (Banneyer et al., 2018; Horvath et al., 2011), quer à distância e mediada pelo computador. O estabelecimento de objetivos em conjunto, a participação dos familiares e a relação (de apego) entre todos os intervenientes parece ter sido reforçada, o que indicia a potenciação da relação terapêutica via online. A intervenção psicomotora à distância parece deter potencialidade no apoio a estes subgrupos etários, parecendo ir ao encontro de outros autores (Hanley & Reynolds, 2009; Sweeney et al., 2019). A modalidade online permitiu um acesso mais fácil do serviço por parte dos indivíduos com dificuldades em se deslocarem à instalação física onde decorriam as sessões permitindo um melhor acompanhamento. A alternância entre sessões online e presenciais, possibilitava, na instituição, a limpeza do espaço, mas sentiu-se a necessidade de alternativas, como telefone (Barker & Barker, 2021), para colmatar as eventuais falhas de acesso. Por outro lado, existiram algumas barreiras ao acesso, devido à conectividade de rede insuficiente, falta de equipamentos eletrónicos essenciais à prática.

Na comparação dos resultados entre as duas modalidades, e mesmo sabendo que os dois grupos de participantes partiram de níveis de desempenho diferentes, com as crianças do regime presencial a tender melhores valores médios logo à partida, houve diferenças significativas em vários itens e fatores, nos dois momentos de avaliação: inicial (*fatigabilidade, extensibilidade, lateralidade, direita-esquerda, pontos*) e final (*saltos, noção corpo, coordenação, dissociação*) que reportaram tamanhos de efeitos menos significativos, corroborando Sloan et al. (2011). De todos os itens e fatores avaliados é interessante apontar que as crianças em modalidade online apresentaram valores médios finais ligeiramente superiores (quando comparados com os valores obtidos na avaliação inicial) às da modalidade presencial no *controlo respiratório, fatigabilidade, extensibilidade, reconhecimento direita-esquerda, as praxias global e fina (cruzes e pontos)*. Esta evolução pode estar relacionada com o tipo de tarefas desenvolvidas *online* que apelava mais a questões cognitivo-abstratas e que envolvessem papel e lápis. As tarefas que envolviam a mobilização passiva/ativa do corpo da criança e, portanto, não exequíveis, via online, acabam

por ser pouco estimuladas, observando-se menor evolução ao nível da *tonicidade*, *equilíbrio (saltos a pés juntos)*, *praxia global (dissociação e agilidade)*, pelo que numa próxima intervenção há que dedicar maior atenção à promoção deste tipo de habilidades.

Ao nível do género e idade não foram reportadas disparidades entre modalidades e intramodalidades, dada a tendência para a utilização e atração pelas novas tecnologias desde cedo e sem distinção de géneros (Greene et al., 2015; Muilenburg & Berge, 2005; Vermunt 2005; Yukselturk & Bulut, 2007, 2009). É interessante que apesar de algumas evidências a apontar para que participantes do género feminino denotem menos barreiras (Rizvi et al., 2019), no nosso estudo as mesmas não foram observadas. Mesmo os eventuais desafios relacionais que podem emergir pela mediação via um tablet/computador/telefone (Békés et al., 2020) parece não ser impeditivo do estabelecimento da relação terapêutica de confiança, devendo, no entanto, dedicar-se uma atenção especial à adaptação de jogos e outros produtos que fomentem a motivação, interesse e participação das crianças e adolescentes (Whalen et al., 2017), não só em processo terapêuticos, como também em contexto educativo. Finalmente, e na comparação entre a frequência das sessões – semanal vs. quinzenal, as diferenças apenas foram encontradas ao nível de alguns itens da tonicidade – extensibilidade dos membros inferiores e sincinesias bocais com tamanho de efeitos médios e fortes, e uma das explicações poderá ser a qualidade da relação terapêutica, uma vez que com o desenvolver das sessões, as crianças encontravam-se menos tensas e com mais disponibilidade tónico-emocional. De qualquer das formas, uma das ideias que fica é a relevância que um programa de intervenção psicomotora pode deter no desenvolvimento das crianças com perturbações do desenvolvimento, reforçando outros estudos na área (Silva & Santos, 2021; Valentini, 2002).

Conclusão

A pandemia COVID com todos os desafios decorrentes, veio exigir a adaptação da intervenção psicomotora no sentido de não se interromper este apoio a crianças que já beneficiavam do mesmo e cuja ação não poderia parar (Narzisi, 2020), em função da necessidade da contínua evolução e da prevenção de regressões. Foi neste contexto, e enquanto psicomotricista a exercer a sua atividade pré-profissional numa instituição inserido no serviço de intervenção à distância, enquanto modalidade alternativa, que este estudo se fundamentou. Apesar da tendência para que os terapeutas desconsiderem a modalidade online face à presencial (Barker & Barker, 2021), noutras profissões (Ahessy, 2021; Geller, 2020; Tenforde et al., 2020) os resultados deste estudo apontam para a pertinência e potencialidade da modalidade online, na continuação do acompanhamento psicomotor, apesar de se recomendar um aprofundamento da investigação na áreas, não só como forma de adaptação temporária a períodos de confinamento/isolamento, mas eventualmente como

apoio planejado e presente na prestação de apoios por parte das instituições e outras entidades. A intervenção psicomotora parece ser um apoio no âmbito das crianças com perturbações do desenvolvimento e em contexto institucional, com algumas evidências de melhorias após programas de 3 a 6 meses (Campos et al., 2008; Silva & Santos, 2021; Weinert et al., 2011), apesar da necessidade de mais investigação na área, com amostras estratificadas. Estes benefícios também se observam em regime *online*, onde a escassez de evidência é maior.

No entanto, aconselha-se alguma cautela na generalização dos dados obtidos, dada a amostra reduzida, pelo que se aconselha a replicação do estudo com um maior número de participantes (amostra significativa, representativa e estratificada) para uma maior robustez dos dados. Por outro lado, e na sequência da investigação da validação de instrumentos, será necessário começar a refletir e a validar instrumentos de avaliação psicomotora em formato digital. A própria designação desta modalidade (e.g., telerapia, e-terapia, terapia *online*, videoconsulta, entre outras) ainda parece não ser consensual (Ostrowski & Collins, 2016), pelo que a concetualização da intervenção psicomotora à distância deve ser alvo de reflexão por parte dos psicomotricistas e das associações representantes. A influência da utilização da máscara no desempenho das crianças, estabelecimento da relação terapêutica, e resultados deve ser algo a refletir. A identificação de desafios e barreiras, bem como uma análise swot são outras ideias que ficam depois da aplicação deste estudo. A análise que os ganhos psicomotores podem deter no sucesso académico deverá ser equacionado, bem como o tempo mínimo de intervenção, constatando-se que a maior parte dos estudos situa os programas psicomotores entre 3 a 6 meses, e as evidências apontam para o aumento da correção entre relação (terapêutica) e resultados com o tempo (Horvath et al., 2011). Desta forma, e para a certificação da qualidade da intervenção psicomotora há que continuar a apostar na análise pré-pós e com programas de maior duração e/ou frequência semanal. A avaliação do transfere das competências adquiridas na intervenção para ambientes de vida diária (casa, escola e aproveitamento académico) é outra recomendação para estudos na área.

Tal como referido anteriormente, ao longo do ano letivo, e por iniciativa da estagiária, frequentaram-se as seguintes atividades.

Atividades Extracurriculares

Tal como referido, a estagiária teve oportunidade de participar em atividades, que apesar de não estarem previamente planeadas e inseridas na experiência de estágio, acabaram por ser mais uma forma de aprofundar alguns conhecimentos com transição para a prática de estágio, pelo que serão listadas em seguida e caracterizadas de forma breve:

- **Palestra Entender Autismo** (4 de fevereiro de 2021, 2h): Realizada *online* pela Entender Autismo onde foram apresentados alguns desafios associados à perturbação, as possíveis causas desses desafios e as áreas a dar prioridade no desenvolvimento da criança com PEA. A estagiária esteve presente como participante.
- **Workshop "O Cérebro da Criança"** (13 de fevereiro de 2021, 4h): Realizado *online* pela "Be Focus Be You", com a Psicóloga Paula Avelino, onde foi feita uma reflexão sobre "como ajudar as crianças e o que as faz felizes", técnicas de psicologia positiva, a neuroplasticidade do cérebro, o cérebro e as emoções, entre outras questões.

Conclusão

O presente relatório refere a descrição e reflexão da importância que a intervenção psicomotora tem nas crianças com DID, e outras perturbações, explicando os seus funcionamentos teóricos, num contexto institucional. A escolha deste local de estágio foi do inteiro interesse da estagiária, uma vez que gostaria de intervir com uma população e ambientes diferentes em relação ao estágio da licenciatura, de forma a ganhar novas experiências e conhecimentos. Desta forma, a relação que se estabelece entre a teoria e a prática, o contacto com crianças com diagnósticos diversificado e o contacto com profissionais de outras áreas de formação (Psicólogos, Terapeutas da Fala e Terapeuta Ocupacional), contribuiu não só para a formação académica como também profissional da estagiária no contexto institucional, fazendo uma ligação prática à teoria lecionada em diferentes unidades curriculares tanto da licenciatura - Observação Psicomotora, Fundamentos da Psicomotricidade, Semiologia Psicomotora e Métodos e Instrumentos de Avaliação, como do mestrado em Temas Aprofundados em Populações com Deficiência e Avaliação e Intervenção em Perturbações do Desenvolvimento e da Aprendizagem, e incluindo ainda Metodologia da Investigação Científica, para a realização do Projeto de Investigação.

Todo o ano letivo de estágio foi um desafio tanto a nível pessoal como a nível profissional que permitiu um crescimento pessoal através da autoconfiança, capacidade de adaptação, resiliência e empatia, tanto com os colegas da equipa, como com as crianças e adolescentes e as suas famílias. Desde o primeiro dia que a estagiária se sentiu sempre acolhida e integrada na instituição, recebendo apoio de todos, desde as auxiliares até à diretora técnica. Devido ao evoluir da situação pandémica, não foi possível assistir a sessões de terapias das outras áreas para uma melhor compreensão dos casos com que se interveio, o que poderia ter sido uma mais-valia em termos de observação dos comportamentos das crianças. Pelo mesmo motivo, também não foi possível existirem sessões de psicomotricidade em grupo, uma vez que a instituição seguiu todas as ordens da DGS, incluindo o afastamento social e os não ajuntamentos. De referir que em relação à COVID-19, nunca foi sentido receio por parte da estagiária, uma vez que todas as normas de segurança e higiene foram cumpridas (e.g. utilização de máscaras, batas, desinfeção das mãos e dos espaços, arejamento dos espaços). Dentro do gabinete de psicomotricidade, cada material utilizado era devidamente desinfetado, assim como todas as cadeiras e mesas entre sessões.

O facto de a instituição ter entrado num processo de obras não facilitou a intervenção, uma vez que os acessos a determinadas salas como o ginásio e a sala sensorial ficaram limitados. Devido à limitação de espaço, atividades de equilíbrio, coordenação motora e praxia global não foram tão exploradas, caindo por terra algumas das expectativas criadas no

início do estágio. Esta questão foi um desafio à criatividade e adaptabilidade da estagiária, uma vez que só se encontrava disponível o pequeno gabinete de psicomotricidade e algumas das atividades necessitaram de adaptações e reinvenções. O barulho causado pelas obras também foi um fator dificultador que foi superado com sucesso.

Em relação à intervenção em si, o facto de algumas crianças estarem com um horário quinzenal, foi também um desafio pois, por vezes, a aluna sentiu falta de um fio condutor entre as sessões. Caso a criança neste regime faltasse uma vez, só iria ter uma sessão no mesmo mês, o que limitava a evolução da relação terapêutica e quebrava o ritmo de trabalho, pois devido à periodicidade das sessões, algumas crianças perdiam-se na orientação nas mesmas e não tinham memória das atividades anteriormente realizadas. Por outro lado, as sessões quinzenais permitem dar apoio terapêutico a um maior número de crianças e adolescentes, o que faz com que se conheçam mais casos diferentes, com diferentes diagnósticos e objetivos distintos, que enriquecem a experiência profissional.

Outro desafio encontrado foram as sessões via ZOOM, através do SID, que a aluna nunca tinha experienciado. A resposta a este desafio foi positiva, dado que a estagiária demonstrou interesse em encontrar material de trabalho que favorecesse esta modalidade e que se adaptasse aos objetivos de cada indivíduo, através da procura de jogos e atividades já existentes na *internet* ou até mesmo da criação de novos em *PowerPoint*. A estagiária tinha receio de não criar relação terapêutica com as crianças neste regime, o que não se verificou, uma vez que a adaptação tanto das crianças como da aluna à modalidade foi eficaz. Como já referido, a intervenção *online* pode ser dificultada, uma vez que não existe um apoio físico na realização das tarefas, ou podem ocorrer situações adversas não controláveis, como falhas de *internet* ou problemas técnicos nos aparelhos eletrónicos. Estas dificuldades tornaram-se positivas, porque provocaram a necessidade constante de adequação e busca pela criatividade em ter sempre um plano A, B, C, caso o primeiro falhasse. Com a modalidade *online* compreendeu-se que a intervenção psicomotora centrada no funcionamento executivo pode ter um impacto positivo na melhoria de algumas competências cognitivas - capacidade de controlar comportamentos impulsivos, gerir situações temporais, organizar e resolver problemas e regulação emocional face às várias situações que surgem no quotidiano e psicomotoras.

Com este estágio foi possível perceber que os melhores brinquedos, as melhores atividades e tarefas são aquelas que criam relações e que transportam para o imaginário, que despertam os sentidos, a criatividade e desafiam a criança e, que principalmente têm sentido e significado para a criança, porque muitas vezes o estar junto e partilhar momentos é o melhor que podemos dar. A terapia é divertida, mas não é só brincar, não pode nem deve ser

só repleta de tudo o que a criança quer e sobretudo de tudo o que ela sabe fazer. Correr mal às vezes é correr bem, porque é necessário para aquele dia e momento daquela criança. Nos momentos mais difíceis em que sentem medo de errar e frustração, em que não conseguiram pedir ajuda, é quando mais precisam do terapeuta, do seu porto seguro, o que não implica ter de se facilitar. O objetivo é fazer ver que mesmo sendo difícil, que se pode mudar de espaço, colocar e ouvir uma música que a criança goste, ou simplesmente introduzir uma ajuda ou estratégia diferente.

Foi também possível verificar que é importante descrever e reconhecer o desempenho da criança, i.e., permitir à criança compreender as suas ações e sentir o nosso interesse e atenção sobre si e reconhecimento; e compreender aquilo que faz bem e sentir confiança na sua forma de agir, tanto quanto o terapeuta confia. A empatia também foi um fator determinante ao longo do estágio, tanto com o orientador local como com as crianças. Perceber e compreender a criança que está a ser acompanhada, ter a verdadeira intenção de a escutar e dar significado às suas questões foi fundamental para a criação de uma boa relação terapêutica. A empatia conjugada com os limites e regras das relações, do espaço da sessão, são fundamentais para que exista um sentimento de segurança e de respeito mútuo. A autonomia e a responsabilidade também foram importantes ao longo de todo o estágio. Por parte do orientador local, foi dada à estagiária, uma autonomia progressiva e supervisionada para a escolha de atividades e sugestões com vista à melhoria da qualidade do trabalho, bem como a responsabilidade por alguns dos casos que se interveio, desde o contacto direto com as famílias até às avaliações. Essas duas características também estiveram sempre presentes nas sessões com as crianças, uma vez que a autonomia dada permite que a criança decida, escolha e se expresse, para que atinja confiança sobre si, o sentimento de ser capaz aumente, sentindo-se confortável para ter iniciativa e procurar aprimorar as suas competências. Com a autonomia também aparece o sentido de responsabilidade sobre as suas ações, aquilo que faz e os seus comportamentos, conquistas e desafios, sendo determinantes na construção do seu “Eu”. Ao longo de toda a intervenção foi sempre possível acreditar que com a criança se aprende, se descobre algo novo e se tornamos num profissional melhor, o que se espelha numa relação próxima, em que a criança sente o quanto gostamos de estar com ela, onde se sente que se pode fazer a diferença, aumentando a sua confiança no terapeuta e no sentimento de acolhimento na relação terapêutica.

Alguns dos tópicos que, ao longo da licenciatura e do mestrado foram abordados com alguma frequência foram: o corpo em movimento - através de aspetos motores básicos, neuro-motores e percetivo-motores como o equilíbrio, a coordenação dinâmica e visuomotor, dominância lateral e orientação espacial; o corpo que se conhece - através de aspetos de controlo, elaboração e cognitivos do movimento como a identidade, controlo, imagem e

esquema corporal, criatividade e grafomotricidade; o corpo que se relaciona - através da dimensão relacional e comunicativa do movimento como o diálogo tônico-emocional, o respeito pelo outro e a cooperação/competição e, por fim, o corpo que sente - através dos aspectos emocionais ou afetivos dos movimentos como a expressão emocional, os medos, a segurança, a frustração e os simbolismos. Outro tópico foi o trabalho em equipa pela articulação feita com a família e outros terapeutas da criança, através de observações e reflexões de todas as partes.

O estágio permitiu à aluna passar diferentes fases do trabalho do Psicomotricista neste contexto, uma vez que realizou avaliações iniciais, tendo a oportunidade de intervir com crianças que nunca tinham tido terapia psicomotora, até ao fim de ciclos, dando alta da instituição a crianças cujos objetivos foram totalmente atingidos, sem ser necessário dar continuidade à terapia. A escuta ativa, a observação, a formulação dos objetivos, a adequação das atividades e ajustamento das estratégias a cada criança, foram questões que ficaram deste estágio. Cada criança é diferente, a mesma estratégia pode não funcionar para todos de igual maneira e a capacidade de adaptação é constante, o que faz do trabalho do psicomotricista um desafio mais que diário, sabendo que com dedicação, empatia e resiliência, todas as dificuldades que possam surgir, são superadas.

A visão da APAC passa por pretender ser uma instituição de referência na comunidade, através dos serviços de qualidade que oferece e isso foi possível verificar ao longo de todo o período de estágio, pois todos os colaboradores dão o seu melhor para o bom funcionamento da mesma. A Missão da instituição é apoiar, capacitar e (re)habilitar as crianças, jovens e famílias com vulnerabilidades, no âmbito da deficiência, perturbações de desenvolvimento ou em risco de exclusão social, que foi perceptível pela estagiária através dos casos que acompanhou. Os valores da APAC são a inclusão, a cidadania, a ética, a inovação, o compromisso, a excelência e a transparência e todos foram passados à aluna. A inclusão através das populações a que dá apoio, a cidadania por serem interligados os direitos e deveres dos indivíduos, e o respeito e cumprimento de ambos, contribuindo para um ambiente equilibrado, a ética através do cumprimento das políticas, sem prejudicar o próximo, a inovação, o compromisso, a excelência e a transparência através das parcerias e apoios diferenciados que contribuem para melhorar a instituição e o tipo de apoios prestados.

Toda a experiência foi enriquecedora, com dias melhores e piores, com mais ou menos frustração e, por isso, é recomendada a instituição para futuros estudantes que queiram realizar estágio, uma vez que são prestadas todas as condições materiais e humanas para uma evolução das competências profissionais e pessoais.

Referências

- Adams, D. & Oliver, C. (2011). The expression and assessment of emotions and internal states in individuals with severe or profound intellectual disabilities. *Clinical Psychology Review*, 31, 293-306. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.003>
- Ahessy, B. (2021). “Boom Boom in the Zoom Zoom Room”: Online music therapy with children and adolescents with visual impairment. *British Journal of Visual Impairment*, 026461962110293. <https://doi.org/10.1177/02646196211029342>
- Alloway, T. P. (2010). Working memory and executive function profiles of individuals with borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 448-456. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01281.x>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM5TM*. 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association
- Amorim, N., Parreiral, J. & Santos, S. (2021). *Estudo exploratório das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Bateria de Avaliação das Funções Neuropsicomotora da criança (BAP-MOT)*, Comunicação apresentada no Painel Avaliação Psicomotora: validação de instrumentos em Portugal, I Congresso Internacional de Psicomotricidade e III Jornadas Científicas da Psicomotricidade “A evidência em Psicomotricidade – contributos da investigação e da prática profissional”, Faculdade de Motricidade Humana, 8 maio
- Andresen, E. (2000). Criteria for assessing the tools of disability outcomes research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, S15-S20. <https://doi.org/10.1053/apmr.2000.20619>.
- Associação de Pais e Amigos de Crianças (2012). Imagem das instalações. Facebook. Retirado a 25 de fevereiro de 2022 de <https://www.facebook.com/APAC-Associa%C3%A7%C3%A3o-de-Pais-e-Amigos-de-Crian%C3%A7as-209434109070171/photos/a.475717809108465/475717812441798>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (2016). *Organização - Política de Privacidade*. Retirado a 8 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/organizacao/politica-de-protecao-de-dados/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.a). *Organização – história*. Retirado a 30 de setembro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/organizacao/historia/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.b). *Organização – política de qualidade*. Retirado a 30 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/organizacao/politica-de-qualidade/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.c). *Respostas Sociais*. Retirado a 30 de outubro de <http://apacbarcelos.pt/respostas-sociais/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.d). *Serviços*. Retirado a 30 de outubro de <http://apacbarcelos.pt/servicos/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.e). *Respostas Sociais – Intervenção Precoce na Infância*. Retirado a 2 de outubro de <http://apacbarcelos.pt/respostas-sociais/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.f). *Respostas Sociais – Apoio Ambulatório*. Retirado a 2 de outubro de <https://apacbarcelos.pt/respostas-sociais/apoio-ambulatorio/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.g). *Respostas Sociais – Centro de Atividades Ocupacionais*. Retirado a 7 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/respostas-sociais/centro-de-atividades-ocupacionais/>

- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.h). *Respostas Sociais – Rendimento Social de Inserção*. Retirado a 7 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/respostas-sociais/rendimento-social-de-insercao/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.i). *Respostas Sociais – Casa de Acolhimento*. Retirado a 7 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/respostas-sociais/casa-de-acolhimento/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.j). *Serviços – Centro Prescritor de Produtos de Apoio*. Retirado a 8 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/servicos/centro-prescritor/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.k). *Serviços – Serviço de Intervenção Multidisciplinar*. Retirado a 8 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/servicos/servico-de-intervencao-disciplinar/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.l). *Serviços – Oficina do Brinquedo*. Retirado a 8 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/servicos/oficina-do-brinquedo/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.m). *Serviços – Banco de Apoio Social*. Retirado a 8 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/servicos/banco-de-apoio-social/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.n). *Serviços – Gabinete de Perícias Psicológicas*. Retirado a 8 de outubro de 2020 de <https://apacbarcelos.pt/servicos/servico-de-pericias-psicologicas/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.o). *Projetos*. Retirado a 8 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/projetos/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.p). *Organização - Organigrama Funcional*. Retirado a 8 de outubro de 2020 de <http://apacbarcelos.pt/organizacao/organigrama/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (n.d.q). *Organização – Parcerias e Apoios*. Retirado a 10 e 11 de outubro de 2020 de <https://apacbarcelos.pt/organizacao/parcerias-apoios/>
- Associação de Pais e Amigos de Crianças. (2022). Imagem das instalações. Facebook. Retirado a 25 de fevereiro de 2022 de <https://www.facebook.com/APAC-Associa%C3%A7%C3%A3o-de-Pais-e-Amigos-de-Crian%C3%A7as-209434109070171/photos/a.475717809108465/5333001986713332>
- Banneyer, K. N., Bonin, L., Price, K., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2018). *Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances*. *Current Psychiatry Reports*, 20(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0924-9>
- Barker, G. & Barker, E. (2021). Online therapy: lessons learned from the COVID-19 health crisis. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1889462>
- Békés, V., Aafjes–van Doorn, K., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2020). *Stretching the Analytic Frame: Analytic Therapists’ Experiences with Remote Therapy During COVID-19*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 000306512093929. <https://doi.org/10.1177/0003065120939298>
- Berdila, A., Talaghir, L. G., Iconomescu, T. M., & Rus, C. M. (2019). Values and interferences of psychomotricity in education – a study of the domain specific literature. *Revista romaneasca pentru educatie multidimensional, Journal for Multidimensional Education*, 11(4Sup1), 22-42. <https://doi.org/10.18662/rrem/175>
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research*, 27(5), 511–524. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>

- Bertelli, M. (2013). *Il Ritardo Mentale nel DSM-5: Disabilità Intellettiva (Disturbo dello Sviluppo Intellettivo, Criteri Diagnostici e Posizione)*. CREA – Centro di Ricerca e Ambulatori
- Bischoff, R., Hollist, C., Smith, C., & Flack, P. (2004). Addressing the mental health needs of the rural underserved: Findings from a multiple case study of a behavioral telehealth project. *Contemporary Family Therapy*, 26(2), 179–198. <https://doi.org/10.1023/B:COFT.0000031242.83259.f>
- Blasi, F., Elia, F., Buono, S., Ramakers, G., & Nuovo, S. (2007). Relationships between visual-motor and cognitive abilities in Intellectual Disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 104(3), 763–772. <https://doi.org/10.2466/pms.104.3.763-772>
- Blickwedel, J., Vickerstaff, V., Walker, M., & Hassiotis, A. (2019). Challenging behaviour, epilepsy and intellectual disability: A secondary analysis of findings from a randomised controlled trial. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(4), 457–463. <https://doi.org/10.3109/13668250.2019.1587594>.
- Blomqvist, S., Olsson, J., Wallin, L., Wester, A., & Rehn, B. (2013). Adolescents with intellectual disability have reduced postural balance and muscle performance in trunk and lower limbs compared to peers without intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 198–206. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.008>
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). *L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice*. *Enfances & Psy*, 49(4), 78. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>
- Bowring, D. L., Totsika, V., Hastings, R. P., Toogood, S., & Griffith, G. M. (2017). Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: a total population study and exploration of risk indices. *The British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 16–32. <https://doi.org/10.1111/bjc.12118>.
- Boyte-Eckis, L., Minadeo, D. F., Bailey, S. S., & Bailey, W. C. (2018). Age, Gender, and Race as Predictors of Opting for a Midterm Retest: A Statistical Analysis of Online Economics Students. *Journal of Business Diversity*, 18(1).
- Burack, J., Hodapp, R., & Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge University Press.
- Callahan, A., & Inckle, K. (2012). Cybertherapy or psychobabble? A mixed methods study of online emotional support. *British Journal of Guidance and Counselling*, 40(3), 261–278. <https://doi.org/10.1080/03069885.2012.681768>
- Calza, A., & Contant, M. (1986). Outline of a theory on Psychomotricity. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 34(8-9), 395-408.
- Campos, A., Silva, L., Pereira, K., Rocha, N. & Tudella, E. (2008). Intervenção psicomotora em crianças de nível socioeconômico baixo. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15(2), 188–193. <https://doi.org/10.1590/s1809-29502008000200013>
- Carlier, M., Stefanini, S., Deruelle, C., Volterra, V., Doyen, A., Lamard, C., Potzamparc, V., Vicari, S. & Fisch, G. (2006). Laterality in persons with Intellectual Disability. I- do patients with Trisomy 21 and Williams- Beuren Syndrome differ from typically developing persons? *Behavior Genetics*, 36(3) 365-76, <https://doi.org/10.1007/s10519-006-9048-9>.
- Carlson, L. (2010). *The faces of intellectual disability: Philosophical reflections*. Indiana University Press.
- Carmeli, E., Bar-Yossef, T., Ariav, C., Levy, R., & Liebermann, D. G. (2008). Perceptual-motor coordination in persons with mild intellectual disability. *Disability and Rehabilitation*, 30(5), 323–329. <https://doi.org/10.1080/09638280701265398>
- Carter, E. Boehm, T., Biggs, E., Annandale, N., Taylor, C., Looock, A., & Liu, R. (2015). *Known for my strengths*. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 40(2), 101–119. <https://doi.org/10.1177/1540796915592158>

- Carvajal, F., Fernández-Alcaraz, C., Rueda, M., & Sarrión, L. (2012). Processing of facial expressions of emotions by adults with Down syndrome and moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 783-790. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.12.004>
- Carvill, S. (2001). Sensory impairments, intellectual disability and psychiatry. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 467–483. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00366.x>
- Cascella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S., & Di Napoli, R. (2022). *Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19)*. StatPearls. Retirado a 26 de janeiro de 2022 de <https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/52171>
- Colizzi, M., Sironi, E., Antonini, F., Ciceri, M., Bovo, C., & Zocante, L. (2020). Psychosocial and behavioral impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: an online parent survey. *Brain Sciences*, 10(6), 341. <https://doi.org/10.3390/brainsci10060341>
- Coquerel, P., Nunes, R., de Oliveira, D., de Barros, C., Ferreira, A., Garcia, L., & Torres, I. (2014). The influence of problem based learning in the teaching and learning process about relational psychomotricity in participants of an extension event of the study group in ludomotricity. In *Edulearn14: 6th International Conference on Education and New Learning Technologies*. 2955-2960
- Costello, H., & Bouras, N. (2006). Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43(4), 241- 51.
- Dancey, C. & Reidy, J. (2019). *Estatística sem matemática para psicologia (7ª ed.)*. Porto Alegre, RS: Penso.
- Danielsson, H., Messer, L. & Rönnerberg, J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 33 (2), 600-607. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.11.004>
- Davies, L., & Oliver, C. (2013). The age-related prevalence of aggression and self-injury in persons with an intellectual disability: A review. *Research in Developmental Disabilities*, 34(2), 764–775. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.10.004>.
- Di Nuovo, S. F., & Buono, S. (2007). Psychiatric syndromes comorbid with mental retardation: Differences in cognitive and adaptive skills. *Journal of Psychiatric Research*, 41(9), 795–800. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychemes.2006.02>
- Diep, N. A., Cocquyt, C., Zhu, C., & Vanwing, T. (2016). *Predicting adult learners' online participation: Effects of altruism, performance expectancy, and social capital*. *Computers & Education*, 101, 84–101. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2016.06.002>
- Emck, C., & Bosscher, R. J. (2010). *PsyMot: an instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry*. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(3), 244–256. <https://doi.org/10.1080/17432971003760919>
- Emck, C., Plouvier, M., & van der Lee-Snel, M. (2012). Body experience in children with intellectual disabilities with and without externalising disorders. *Body, Movement and dance in Psychotherapy*, 7(4), 263–275. <https://doi.org/10.1080/17432979.2012.713003>
- Facon, B., Facon-Bollengier, T., & Grubar, J. C. (2002). Chronological age, receptive vocabulary, and syntax comprehension in children and adolescents with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 107(2), 91-98. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2002\)107<0091:CARVAS>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2002)107<0091:CARVAS>2.0.CO;2)
- Finelli, L., Gupta, V., Petigara, T., Yu, K., Bauer, K. A., & Puzniak, L. A. (2021). Mortality among US patients hospitalized with SARS-CoV-2 Infection in 2020. *JAMA network open*, 4(4), e216556-e216556. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.6556>

- Fonseca, V. (2001). Uma Abordagem Neuropsicológica à Somatognosia. In R. Martins e V. Fonseca (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 109-131). Cruz Quebrada: FMH Edições
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção psicopedagógica*, 18(17), 42-52.
- Fonseca, V. (2021). *Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos fatores psicomotores*. 4ª Edição, Lisboa: Âncora Editora.
- Gallahaue, D. (2005). Conceitos para maximizar o desenvolvimento da habilidade de movimento especializado. *Journal of Physical Education*, 16(2), 197-202.
- Gathercole, S., Alloway, T., Willis, C., & Adams, A.-M. (2006). Working memory in children with reading disabilities. *Journal of Experimental Child Psychology*, 93(3), 265– 281. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2005.08.003>
- Gebhard, C., Regitz-Zagrosek, V., Neuhauser, H. K., Morgan, R., & Klein, S. (2020). Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biology of Sex Differences*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00304-9>
- Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348>
- Gérard-Desplanches, A., Deruelle, C., Stefanini, S., Ayoun, C., Volterra, V., Vicari, S., Fisch, G. e Carlier, M. (2006). Laterality in persons with Intellectual Disability II- hand, foot, ear, and eye laterality in persons with Trisomy 21 and Williams-Beuren Syndrome. *Developmental Psychobiology*, 482-491. <https://doi.org/10.1002/dev.20163>
- Giuliani, F., Favrod, J., Grasset, F., & Schenk, F. (2011). Accurate memory for object location by individuals with intellectual disability: Absolute spatial tagging instead of configural processing?. *Research in developmental disabilities*, 32(3), 986-994. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.055>
- Greene, J. A., Oswald, C. A., & Pomerantz, J. (2015). *Predictors of Retention and Achievement in a Massive Open Online Course*. *American Educational Research Journal*, 52(5), 925–955. <https://doi.org/10.3102/0002831215584621>
- Gudbjartsson, D., Helgason, A., Jonsson, H., Magnusson, O., Melsted, P., Norddahl, G., ... Stefansson, K. (2020). Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population. 382: 2302-2315 *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2006100>
- Gustavson, K. H. (2005). Prevalence and aetiology of congenital birth defects, infant mortality and mental retardation in Lahore, Pakistan: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica*, 94(6), 769-774. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb01981.x>
- Hanley, T., & Reynolds, D. (2009). Counselling Psychology and the Internet: A review of the quantitative research into online outcomes and alliances within text based therapy. *Counselling Psychology Review*, 24(2), 4-13.
- Harris, J. (2006). *Intellectual Disability: Understanding its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment*. New York: Oxford University Press.
- Hartman, E., Houwen, S., Scherder, 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x>
- Hauser-Cram, P., Woodman, A. C., & Heyman, M. (2014). Early mastery motivation as a predictor of executive function in young adults with Developmental Disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 119(6), 536–551. <https://doi.org/10.1352/1944-7588-119.6.536>

- Heiman, T. (2000). Friendship quality among children in three educational settings. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/132697800112749>
- Henry, L. A., & MacLean, M. (2002). Working memory performance in children with and without intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 107(6), 421-432. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2002\)107<0421:WMPICW>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2002)107<0421:WMPICW>2.0.CO;2)
- Hodapp, R. (1990). One road or many? Issues in similar sequence hypothesis. In R. Hodapp, J. Burack & E. Zigler (eds). *Issues in the developmental approach to mental retardation* (pp. 49-70), New York, Cambridge University Press
- Hoekstra, P. J. (2020). Suicidality in children and adolescents: lessons to be learned from the COVID-19 crisis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 737-738. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01570-z>
- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- International Organization for Standardization, U. (2007). 9999: 2007. *Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología. (ISO 9999: 2007)*. 4ta edición. BOE. España.
- Iwase, S., Bérubé, N., Zhou, Z., Kasri, N., Battaglioli, E., Scandaglia, M., & Barco, A. (2017). Epigenetic etiology of intellectual disability. *Journal of Neuroscience*, 37(45), 10773-10782. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1840-17.2017>
- Jankowicz-Szymanska, A., Mikolajczyk, E., & Wojtanowski, W. (2012). The effect of physical training on static balance in young people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 675–681. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.11.015>
- Jin, J.-M., Bai, P., He, W., Wu, F., Liu, X.-F., Han, D.-M., Liu, S. & Yang, J.-K. (2020). Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality. *Frontiers in Public Health*, 8, 152. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00152>
- Jolanta, G., Agata, N., & Anna, R. T. (2015). Psychomotor therapy as a effective method of alleviating the symptoms of child's non-harmonious development. *Pedagogy of Physical Culture and Sports*, 19(5), 44-47. <https://doi.org/10.15561/18189172.2015.0508>
- Jones, S., Cooper, S.-A., Smiley, E., Allan, L., Williamson, A., & Morrison, J. (2008). Prevalence of and factors associated with problem behaviors in adults with Intellectual Disabilities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(9), 678–686. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318183f85c>
- Jucan, S., Stan, C., & Stan, C. (2021). Use of multisensory room in the development of Psychomotricity in students with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *Educatia* 21(20), 48-55. <https://doi.org/10.24193/ed21.2021.20.06>
- Kårhus, S. (2010). Physical education teacher education on the education market – who's defining what physical education teachers need to know? *Physical Education & Sport Pedagogy*, 15(3), 227–241. <https://doi.org/10.1080/17408980903150139>
- Katz, G., & Lazcano-Ponce, E. (2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Pública de México*, 50, 132-141.
- Kaufman, L., Ayub, M. & Vincent, J. (2010). The genetic basis of non-syndromic intellectual disability: a review. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2(4), 182–209. <https://doi.org/10.1007/s11689-010-9055-2>.
- Kiani, R., & Miller, H. (2010). Sensory impairment and intellectual disability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(3), 228–235. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.005736>

- Kiernan, C., & Kiernan, D. (2010). Challenging behavior in schools for pupils with severe learning disabilities. *Mental Handicap Research*, 7(3), 177–201. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1994.tb00126.x>
- King, G., Law, M., Hanna, S., King, S., Hurley, P., Rosenbaun, P., Kertoy, M. & Petrenchik, T. (2006). Predictors of the leisure and recreation participation of children with physical disabilities: a structural equation modeling analysis. *Children's Health Care*, 35(3), 209-234. https://doi.org/10.1207/s15326888chc3503_2
- Kirk, H., Gray, K., Riby, D., & Cornish, K. (2015). Cognitive training as a resolution for early executive function difficulties in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 145-160. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.12.026>
- Kizilcec, R. F., Davis, G. M., & Cohen, G. L. (2017). *Towards Equal Opportunities in MOOCs. Proceedings of the Fourth (2017) ACM Conference on Learning @ Scale - L@S '17*. <https://doi.org/10.1145/3051457.3051460>
- Kułakowska Z., Szamotulska K., Zychowicz B., Gnitecka J. (2015). Psychomotor rehabilitation of children by the Procus and Block method. *Medical Rehabilitation [Medycyna Rehabilitacyjna]*, 13(4), 22-38.
- Kułakowska, Z., Szamotulska, K., Zychowicz, B., & Gnitecka, J. (2010). Changes in the somatognosis of children with developmental disharmony who have undergone psychomotor therapy by means of the Procus and Block method. *Medical Rehabilitation*, 9-17.
- Lahtinen, U., Rintala, P., & Malin, A. (2007). Physical performance of individuals with Intellectual Disability: a 30- year follow-up. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24, 125-143.
- Lauer, S., Grantz, K., Bi, Q., Jones, F., Zheng, Q., Meredith, H. Azman, A., Reich, N. & Lessler, J. (2020). *The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application*. *Annals of Internal Medicine*, 172(9), 577–582. <https://doi.org/10.7326/m20-0504>
- Levén, A., Lyxell, B., Andersson, J., Danielsson, H., & Rönnerberg, J. (2008). Prospective Memory, Working Memory, Retrospective Memory and Self-Rated Memory Performance in Persons with Intellectual Disability. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 10(3), 147–165. <https://doi.org/10.1080/15017410802144444>
- Lippold, T. & Bruns, J. (2009). Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(5), 463-473. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01170.x>
- Lipsey, M. & Wilson D. (2001). *Practical Meta-Analysis*. Sage, Thousand Oaks, CA
- Luckasson, R. & Schalock, R. (2012). The role of adaptive behavior in a functionality approach to intellectual disability. In Santos, S. & Morato, P. (Eds.) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. (9-18). Cruz Quebrada: FMH Edições
- Lunqvist, L. (2013). Prevalence and risk markers of behaviour problems among adults with intellectual disabilities. A total population study in Orebro County, Sweden. *Research in Developmental Disabilities*, 34(4), 1346–1356. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.010>
- Maite, M., Asunción, A., Almuedo, M., Lluesma, A., Rodriguez, A., & Mercè, X. (2015). Different perceptive qualities for the psychomotricity. *American Journal of Educational Research*, 3(12), 1615-1617. <https://doi.org/10.12691/education-3-12-19>
- Malloy-Diniz, L., Sedo, M., Fuentes, D., & Leite, W. (2008). Neuropsicologia das funções executivas. In D. Fuentes, L. Malloy-Diniz, C. Camargo, & R. Cosenza (Orgs.), *Neuropsicologia: Teoria e prática* (pp. 187-206). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Martins, R. & Rosa, R. (2005). Grupo de crianças e pré-adolescentes com perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção: crianças hiperativas com défice de atenção (PHDA). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar* (1ª Edição), 173-214. Lisboa: Trilhos Editora
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade. In R. Martins e V. Fonseca (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 109-131). Cruz Quebrada: FMH Edições
- Matson, J., Minshawi, N., Gonzalez, M., & Mayville, S. (2006). The relationship of comorbid problem behaviors to social skills in persons with profound mental retardation. *Behavior Modification*, 30(4), 496-506. <https://doi.org/10.1177/0145445505283415>
- McClintock, K., Hall, S., & Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: A meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(6), 405–416. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00517.x>.
- McSporrán, M., & Young, S. (2001). Does gender matter in online learning? *ALT-J*, 9(2), 3–15. <https://doi.org/10.1080/0968776010090202>
- Memisevic, H., & Sinanovic, O. (2013). Executive functions as predictors of visual-motor integration in children with intellectual disability. *Perceptual and Motor Skills*, 117(3), 913–922. <https://doi.org/10.2466/15.25.pms.117x25z4>
- Ministerio de Educación do Chile (2010). *Orientaciones Técnico-Pedagógicas para la Evaluación Diagnóstica Integral de las NEE Permanente en Escuela Especial - Ley Nº 20.201 - Decreto Supremo Nº 170*. División de Educación General Educación Especial
- Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A Mudança de paradigma da concepção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55.
- Morisse, F., Vandemaele, E., Claes, C., Claes, L., & Vandeveldde, S. (2013). Quality of Life in Persons with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: An Explorative Study. *The Scientific World Journal*, 2013, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2013/491918>
- Muilenburg, L. Y., & Berge, Z. L. (2005). *Student barriers to online learning: A factor analytic study*. *Distance Education*, 26(1), 29–48. <https://doi.org/10.1080/01587910500081269>
- Nagarajan, M., & Yuvaraj, S. (2019). Mental health counsellors' perceptions on use of technology in counselling. *Current Psychology*, 40, 1760–1766, <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0104-4>
- Narzisi, A. (2020). Handle the Autism Spectrum Condition During Coronavirus (COVID-19) Stay At Home period: Ten Tips for Helping Parents and Caregivers of Young Children. *Brain Sciences*, 10(4), 207. <https://doi.org/10.3390/brainsci10040207>
- Nicholls, G., Hastings, R., & Grindle, C. (2020). Prevalence and correlates of challenging behaviour in children and young people in a special school setting. *European Journal of Special Needs Education*, 35(1), 40–54. <https://doi.org/10.1080/08856257.2019.1607659>.
- Nistor, N. (2013). *Stability of attitudes and participation in online university courses: Gender and location effects*. *Computers & Education*, 68, 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2013.05.016>
- Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (2018). Faculdade de Motricidade Humana [documento aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Motricidade Humana na reunião plenária de 20 de junho de 2018].
- Orengo-Aguayo, R., Hanson, R. F., Moreland, A. D., Jobe-Shields, L., & Adams, Z. W. (2018). Enhancing the delivery of an empirically-supported trauma-focused treatment

- for adolescents: Providers' views of the role of technology and web-based resources. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(4), 575–586. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0846-6>
- Ostrowski, J., & Collins, T. P. (2016). A comparison of telemental health terminology used across mental health state licensure boards. *The Professional Counselor*, 6(4), 387–396. <https://doi.org/10.15241/jo.6.4.387>
- Park, N., & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29(6), 891–909. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.04.011>
- Percy, M., Lewkis, S., & Brown, I. (2007). Introduction to genetics and development. In I. Brown, & M. Percy (eds). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 149-172). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 1). Oxford University Press.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2(1). <https://doi.org/10.2174/1876391X01002010105>
- Rigolgi, C., Galli, M., Mainardi, L., Crivellini, M., e Albertini, G. (2011). Postural control in children teenagers and adults with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 170-175. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.09.007>
- Rillotta, F., & Nettelbeck, T. (2007). Effects of an awareness program on attitudes of students without an intellectual disability towards persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32(1), 19-27. <https://doi.org/10.1080/13668250701194042>
- Rizvi, S., Rienties, B., & Khoja, S. A. (2019). *The role of demographics in online learning; A decision tree based approach. Computers & Education*. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2019.04.001>
- Roberts, J. E., Price, J., & Malkin, C. (2007). Language and communication development in Down syndrome. *Mental retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(1), 26-35. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20136>
- Rodrigues, A. R., Santos, S., Rodrigues, A., Estevens, M., & Sousa, E. (2019). Executive profile of adults with intellectual disability and psychomotor intervention' effects on executive functioning. *Physiotherapy Research and Reports*, 2, 1-7. <https://doi.org/10.15761/PRR.1000122>
- Rondal, J. A. (2001). Language in mental retardation: Individual and syndromic differences, and neurogenetic variation. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie*, 60(3), 161. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.60.3.161>
- Sanches-Ferreira, M., Lopes-dos-Santos, P., e Santos, M. (2012). A desconstrução do conceito de Deficiência Mental e a construção do conceito de Incapacidade Intelectual: de uma perspetiva estática a uma perspetiva dinâmica da funcionalidade. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(4), 553-568. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382012000400002>
- 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. <https://doi.org/10.4236/ce.2014.57059>

- Santos, S. (2017). Psychomotor Therapy and Intellectual Disability in Portugal: from 0 to 100.... *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 3(2), 22-37.
- Santos, S. (2018). Alunos com dificuldades intelectuais na sala de aula: que educação. In Miranda Correia (Org.). *Educação Inclusiva e Necessidades Especiais* (pp. 101-120). Coleção Diversidade e Inclusão. Flora Editora
- Santos, S. (2020). *Como lidar com a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental*. Flora Editora
- Santos, S. & Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Porquê? *Revista Brasileira Educação Especial*, 18(1), 3-16. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382012000100002>
- Santos, S. & Morato, P. (2012b). *O comportamento adaptativo – 10 anos depois*. Edições FMH
- Santos, S. & Morato, P. (2016). O Comportamento Adaptativo no currículo. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 16(1), 736-740. <https://doi.org/10.1111/1471-3820.12330>
- Santos, S., Lebre, P. & Moniz-Pereira, L. (2018). Human functioning and rehabilitation research: different ways to look at the conceptual model. In F. Alves, A. Rosado, L. Moniz-Pereira & D. Araújo (eds). *Research on Human Kinetics – Multidisciplinary Perspectives (Investigação em Motricidade Humana – Perspetivas pluridisciplinares)* (pp. 215-224), Edições FMH
- Santos, S., Morato, P. & Luckasson, R. (2014). Psychometric properties of the Portuguese version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(5), 379-387. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-52.5.379>;
- Sasaki, R. (2005). Deficiência Mental ou Intelectual? Doença ou Transtorno Intelectual? *Revista Nacional de Reabilitação*, São Paulo, ano IX, 43, 9-10.
- Schalock, R., Luckasson R., Shogren, K., Borthwick-Duffy S., Bradley V., Buntinx, W., Coulter, D, Craig E., Gomez, S., Lachapelle Y., Reeve A., Snell, M., Spreat, S., Tassé M., Thompson J., Verdugo, M., Wehmeyer, M. & Yeager M. (2007). The renaming of Mental Retardation: understanding the change to the term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116–124. [https://doi.org/10.1352/1934-9556\(2007\)45\[116:trom](https://doi.org/10.1352/1934-9556(2007)45[116:trom)
- Schalock, R., Luckasson, r. & Tassé, M. (2021). *Intellectual disability: definition, classification, and system of supports*. 12th edition, Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Sgaramella, T. M., Carrieri, L., & 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. <https://doi.org/10.1515/ijdhd.2012.013>
- Shogren, K., Wehmeyer, M., Lang, K., Niemiec, R. & Seo, H. (2017). The application of the VIA classification of strengths to youth with and without disabilities. *Inclusion*, 5(3), 213–228. <https://doi.org/10.1352/2326-6988-5.3.213>
- Silva, A. F. & Santos, S. (2021). A Intervenção Psicomotora em Moçambique: das competências psicomotoras e adaptativas para a Qualidade de Vida de Pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, *Motricidade*, 17 (2), 174-184. <https://doi.org/10.6063/motricidade.20873>
- Silva, F., Veríssimo, J., Carneiro, M., Felix, S. & Santos, S. (2018). Comportamento autoabusivo em crianças e jovens com DID. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 25, 47-60.
- Silva, H. (2020). Informação obtida por entrevista no decorrer do estágio (não publicado)

- Simões, M. (2020). Informação obtida por entrevista no decorrer do estágio (não publicado)
- Simpson, S., & Reid, C. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Simpson, S., & Slowey, L. (2011). Video therapy for atypical eating disorder and obesity: A case study. *Clinical Practice and Epidemiology Mental Health*, 7(1), 38–43. <https://doi.org/10.2174/1745017901107010038>
- Sloan, D. M., Gallagher, M. W., Feinstein, B. A., Lee, D. J., & Pruneau, G. M. (2011). Efficacy of telehealth treatments for posttraumatic stress-related symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy*, 40(2), 111–125. <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.550058>
- Steele, A., Karmiloff-Smith, A., Cornish, K., & Scerif, G. (2012). The multiple subfunctions of attention: Differential developmental gateways to literacy and numeracy. *Child development*, 83(6), 2028–2041. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01809.x>
- Sweeney, G. M., Donovan, C. L., March, S., & Forbes, Y. (2019). Logging into therapy: Adolescent perceptions of online therapies for mental health problems. *Internet interventions*, 15, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.12.001>
- Tallet, J., Albaret, J.-M., & Barral, J. (2013). Developmental changes in lateralized inhibition of symmetric movements in children with and without Developmental Coordination Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2523–2532. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.05.020>
- Tassé, M., Luckasson, R & Schalock, R. (2016). The relation between intellectual functioning and adaptive behavior in the diagnosis of intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(6), 381–390. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-54.6.381>
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Barthwich-Duffy, S., Spreat, S., ... & Zhang, D. (2012). The construct of Adaptive Behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(4), 291–303. <https://doi.org/10.1352/1944-7558.4.291>
- Tenforde, A., Borgstrom, H., Polich, G., Steere, H., Davis, I., Cotton, K., O'Donnell, M. & Silver, J. (2020). Outpatient physical, occupational, and speech therapy synchronous telemedicine. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 99(11), 977–981. <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000001571>
- 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. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-47.2.135>
- Thorell, L., Skoglund, C., de la Peña, A., Baeyens, D., Fuermaier, A., Groom, M., Mammarella, I., vand der Oord, S., van den Hoofdakker, B., Luman, M., deMiranda, D., Siu, A., Steinmayr, R., Idrees, I., soares, L., Sörlin, M., Luque, J., Mmoscardino, U., Roch, M., Crisci, G. ... & Christiansen, H. (2021). Parental experiences of homeschooling during the COVID-19 pandemic: differences between seven European countries and between children with and without mental health conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 1–13 (advanced online publication) <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01706-1>
- Tso, W., Wong, R., Tung, K., Rao, N., Fu, K., Yam, J., Chua, G., Chen, E., Lee, T., Chan, S., Wong, W., Xiong, X., chui, X., Li, X., Wong, K, Leung, C., Tsang, S., Chan, g., Tam, P., chan, K. ... & Lp, P. (2020). Vulnerability and resilience in children during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 161–176. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01680-8>

- Valentini, N. (2002). A influência de uma intervenção motora no desempenho motor e na percepção de competência de crianças com atrasos motores. *Revista Paulista De Educação Física*, 16(1), 61-75. <https://doi.org/10.11606/issn.2594-5904.rpef.2002.138698>
- van der Molen, M. J., Van Luit, J. E., Jongmans, M. J., & Van der Molen, M. W. (2007). Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(2), 162-169. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00863.x>
- van der Schuit, M., Segers, E., van Balkom, H., & Verhoeven, L. (2011). How cognitive factors affect language development in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1884-1894. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.015>
- van der Schuit, M., Segers, E., Van Balkom, H., Stoep, J., & Verhoeven, L. (2010). Immersive communication intervention for speaking and non-speaking children with intellectual disabilities. *Augmentative and alternative communication*, 26(3), 203-218. <https://doi.org/10.3109/07434618.2010.505609>
- Verdugo, M. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo Cero*, 34(1), 5-19.
- Vermunt, J. D. (2005). *Relations between student learning patterns and personal and contextual factors and academic performance*. *Higher Education*, 49(3), 205–234. <https://doi.org/10.1007/s10734-004-6664-2>
- Vieira, J. L. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas Online 2007-2011*, 3(11).
- Vuijk, P., Hartman, E., Scherder, E. & Visscher, C. (2010). Motor Performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(11), 955-965. <https://doi.org/10.1111/j.13652788.2010.01318.x>
- Weinert, T., Santos, E. & Bueno, M. (2011). Intervenção Fisioterapêutica Psicomotora em crianças com atraso no desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia e Saúde*, 1(2), 75-81.
- Westendorp, M., Houwen, S., Hartman, E., & Visscher, C. (2011). Are gross motor skills and sports participation related in children with intellectual disabilities? *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1147–1153. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.009>
- Whalen, D. J., Sylvester, C. M., & Luby, J. L. (2017). *Depression and Anxiety in Preschoolers*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 503–522. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.006>
- Woolf, S., Woolf, C. M., e Oakland, T. (2010). Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48(3), 209–215. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-48.3.209>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva, Switzerland
- World Health Organization. (2019). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 63*. WHO; Retirado a 26 de janeiro de 2022 de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200323-sitrep-63-covid-19.pdf?sfvrsn=2176eb7a_2
- World Health Organization. (2020). *COVID-19 and food safety: guidance for food businesses* WHO; Retirado a 26 de janeiro de 2022 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331705/WHO-2019-nCoV-Food_Safety-2020.1-eng.pdf
- World Health Organization (2021). *WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part*. WHO; Retirado a 26 de janeiro de 2022 de <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/origins-of-the-virus>

- World Health Organization. (2022). *Weekly Operational Update on COVID-19*. WHO; Retirado a 26 de janeiro de 2022 de <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19---25-january-2022>
- World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*, consultado a 14 de novembro de 2018, retirado de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F70-F79>
- Yaqoob, M., Bashir, A., Zaman, S., Ferngren, H., Von Döbeln, U., & Gustavson, K. H. (2004). Mild intellectual disability in children in Lahore, Pakistan: aetiology and risk factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(7), 663-671. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00573.x>
- Yukselturk, E., & Bulut, S. (2007). Predictors for student success in an online course. *Journal of Educational Technology & Society*, 10(2), 71-83.
- Yukselturk, E., & Bulut, S. (2009). Gender differences in self-regulated online learning environment. *Journal of Educational Technology & Society*, 12(3), 12-22.
- Zikl, P., Holoubková, N., Karásková, H. & Veselíková, T. (2013). Gross motor skills of children with mild intellectual disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*, 7(10), 3379-3385.