



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana



## **Intervenção Psicomotora no Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão da Cercizimbra**

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

**ORIENTADOR:** Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

**JÚRI:**

PRESIDENTE

Doutora Ana Paula Lebre dos Santos, professora auxiliar 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 Cristina Guerreiro Espadinha, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Faculdade de Lisboa

Joana Filipa Brighenti Bagarrão

**2023**

## **Agradecimentos**

Começo por agradecer a todos os meus colegas e amigos pelo acompanhamento em todos os momentos, sobretudo nos mais difíceis, e motivação fundamental que tanto contribuiu para a elaboração do relatório.

Um especial agradecimento à Professora Doutora Sofia Santos por toda a paciência, disponibilidade e atenção no decorrer do ano, assim como por todas as aprendizagens teóricas que a elaboração do presente relatório me trouxe enquanto estudante e futura profissional.

Um agradecimento também à Dra. Inês Batista pelo acompanhamento, pela partilha de conhecimentos e por todo o apoio ao longo do ano.

Agradeço aos clientes do CACI da Cercizimbra pela forma com que me receberam, por tudo o que me ensinaram, pela alegria e pela participação que mostraram durante o ano.

Deixo um agradecimento também a toda a equipa técnica do CACI por me receberem tão bem e pela disponibilidade mostrada que contribuiu de forma significativa para a minha adaptação, mostrando-me o mundo do trabalho da forma mais realista.

Deixo, por fim, o maior agradecimento à minha família, pela compreensão da minha ausência nas horas despendidas para a concretização deste relatório, pela paciência e, sobretudo, pelo apoio incondicional em todas as alturas.

## Resumo

Este relatório descreve a experiência de estágio de ano letivo 2021/2022, da estagiária do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, no Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão da Cercizimbra, no âmbito da funcionalidade e qualidade de vida de adultos com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. O relatório está organizado em duas secções. A primeira contém o enquadramento teórico, sob a forma de revisão de literatura, onde consta uma caracterização da instituição, do diagnóstico mais prevalente da população alvo e da intervenção psicomotora, de modo a aprofundar conhecimentos e fundamentar a prática psicomotora da estagiária. A segunda secção descreve as várias fases da intervenção, incluindo horários, grupos de intervenção e apresentação de um estudo de caso com informação mais detalhada sobre a intervenção, desde o processo de sua seleção, caracterização, protocolo de avaliação aplicado em dois momentos: numa fase inicial os resultados permitiram a identificação do perfil individual (capacidades e necessidades), auxiliando no planeamento de uma intervenção mais ajustada. Os resultados finais, após o término da intervenção, possibilitou a análise da evolução do caso e da atividade da estagiária. O relatório termina com uma conclusão sobre toda a experiência de estágio.

**Palavras-chave:** estágio; Cercizimbra; intervenção psicomotora; meio aquático; dificuldades intelectuais e desenvolvimentais; distrofia miotónica de Steinert; autonomia.

## Abstract

This report aims to present the psychomotor practice, between October 2021 and June 2022, conducted by the internship student at Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão in Cercizimbra, with adults with intellectual and developmental disability. The internship was conducted within the quality of life and functionality area. The report is organized in two major sections. The first contains a literature review about the main topics regarding the internship such as institution presentation, population characterization and the use of psychomotor therapy in water which provided a framework to the practice component. The second section describes the intervention and all its stages such as schedule, assessment processes, intervention design and groups with whom the student intervened, as well as a study case with more detailed information of the intervention. The report ends with a conclusion about the overall experience of the student regarding the internship.

**Key-words:** internship; Cercizimbra; psychomotor therapy; aquatic environment; intellectual and developmental disability; myotonic dystrophy type 1; autonomy

# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b>	<b>i</b>
<b>Resumo</b>	<b>ii</b>
<b>Abstract</b>	<b>ii</b>
<b>Índice Geral</b>	<b>iii</b>
Índice de Tabelas	iv
Índice de Figuras	v
<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>I Enquadramento da Prática Profissional</b>	<b>3</b>
I.1 A Cercizimbra	3
I.1.1 Missão, Visão e Valores	3
I.1.2 Respostas Sociais e Serviços	4
I.1.3 Políticas de Qualidade	7
I.1.4 Organograma Funcional	7
I.2 A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental	9
I.2.1 Evolução e Definição do Conceito de DID	9
I.2.2 Diagnóstico e Classificação	10
I.2.3 Etiologia e Prevalência	11
I.2.4 Características	12
I.3 Distrofia Miotónica de Steinert	18
I.3.1 Etiologia e prevalência	19
I.4 Correlação com os casos	20
I.5 Intervenção Psicomotora em meio aquático	21
<b>II Realização da Prática Profissional</b>	<b>25</b>
II.1 Descrição e organização do estágio	25
II.2 Calendarização das atividades de estágio	26
II.3 Contextos de Intervenção	26

II.3.1	Meio Aquático	26
II.3.2	Reabilitação	27
II.3.3	5 Sentidos	28
II.4	Caso e grupo de intervenção	28
II.5	Estudo de Caso	29
II.5.1	A C.	29
II.5.2	Processo de avaliação	30
II.5.3	Instrumento	30
II.5.4	Procedimentos e condições de aplicação	36
II.5.5	Avaliação Inicial	37
II.5.6	Plano de Intervenção	38
II.5.7	Avaliação final e discussão	43
II.6	Atividades Complementares	46
	<b>Conclusão</b>	<b>48</b>
	<b>Referências</b>	<b>50</b>
<b>III</b>	<b>Anexos</b>	<b>59</b>
	Anexo A – Declaração de Compromisso de Honra	59

## Índice de Tabelas

Tabela 1	- Horário de atividades até fevereiro de 2022	26
Tabela 2	- Horário de atividades a partir de março de 2022	26
Tabela 3	- Caracterização do grupo de intervenção em meio aquático.	28
Tabela 4	- Objetivos gerais e específicos na intervenção com a C. em meio aquático.	39
Tabela 5	- Exemplo de atividades da intervenção em meio aquático com a C.	39
Tabela 6	- Plano de sessão da primeira sessão que a C. entrou na piscina	41
Tabela 7	- Exemplo de atividades realizadas na intervenção em meio aquático com a C e o grupo.	42
Tabela 8	- Resultados da avaliação final da C.	44

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Organograma funcional da Cercizimbra (Cercizimbra, 2021j) \_\_\_\_\_ 8

## **Introdução**

No âmbito da Unidade Curricular Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais, na vertente de estágio e no domínio da Funcionalidade e Qualidade de Vida, do segundo ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, o presente relatório tem como principal objetivo a descrição da experiência da estagiária no decurso do ano letivo 2021-2022, em contexto institucional com adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID) e multideficiência, na instituição da Cercizimbra.

O estágio tem como objetivo a aquisição de aprendizagens e treino direcionada para prática profissional tendo definido um conjunto de objetivos gerais (Normas Regulamentares do Mestrado Reabilitação Psicomotora, 2018) que foram considerados ao longo do ano. O relatório está dividido em duas componentes: uma componente teórica e uma componente prática. Na primeira componente apresenta-se a caracterização da instituição composta pela sua história, organização funcional, pelos recursos e pelos seus serviços prestados. Esta secção permitiu à estagiária uma melhor integração nas dinâmicas e no funcionamento geral da Cercizimbra, sendo fulcral para a melhor adaptação e futura tomada de decisão. De seguida apresenta-se a caracterização do principal diagnóstico clínico encontrado nos clientes do Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) da Cercizimbra – a DID através de uma revisão da literatura onde se aborda a mais recente definição, critérios de diagnóstico, sistema de classificação e se apresenta o perfil da pessoa com DID, mesmo baseadas na consideração da heterogeneidade da manifestação das características, influenciadas por fatores pessoais e contextuais. Foi também realizada a caracterização da Distrofia Miotónica de Steinert para uma melhor compreensão do estudo de caso. Este aprofundamento teórico da DID foi deveras relevante na contextualização dos casos reais, bem como permitiu uma melhor compreensão dos mesmos, auxiliando no planeamento e intervenção mais adequada às características (capacidades e necessidades) pessoais de cada cliente e a sua monitorização.

A segunda componente do relatório é dedicada à prática realizada pela estagiária ao longo do ano, incluindo as atividades em que participou, as observações e as intervenções feitas pela mesma, apresentando os horários, a progressão da atividade da estagiária, a descrição dos casos com quem interveio, as sessões tipo e os planeamentos realizados pela estagiária. Ainda nesta secção, é apresentado o estudo de caso, como exemplo mais pormenorizado de toda a intervenção da estagiária: desde os requisitos

éticos, à decisão sobre o protocolo de avaliação e planeamento da intervenção em função dos resultados iniciais obtidos, para numa fase final se proceder à comparação com os dados pós-intervenção, analisando não só o progresso da C. (o caso), como da própria intervenção. Esta componente permitiu à estagiária experienciar o trabalho em equipa, através da discussão de casos, tendo sido supervisionada.

Finalmente, após esta componente apresentam-se as atividades complementares que a estagiária participou, seguindo-se uma conclusão e uma reflexão pessoal sobre todos os aspetos descritos e vivenciados durante o ano que, de alguma forma contribuíram para o crescimento profissional e pessoal.

# I Enquadramento da Prática Profissional

## I.1 A Cercizimbra

Tal como referido, a instituição de acolhimento para o estágio foi a Cercizimbra, uma cooperativa de solidariedade fundada em maio de 1976, que se dedica ao apoio de crianças, jovens e adultos com deficiência, trabalhando para promoção de igualdade e inovação de oportunidades no meio da comunidade (Cercizimbra, 2021a). Em 1976 o Instituto de Ação Social e Escolar cede espaço, dando lugar à Escola de Educação Especial, apoiada pelo Ministério da Educação (Cercizimbra, 2021a). O Centro de Reabilitação Profissional da Cercizimbra surge em 1993, bem como o Serviço Técnico de Intervenção Precoce com acordo com Segurança Social (Cercizimbra, 2021a). No ano de 1996 é criada a Unidade Integrada de Atendimento à Infância, que incorpora o Centro de Recursos para a Inclusão, o Centro de Apoio à Infância, o Pré-Escolar e o Programa de Intervenção Precoce. Ainda no mesmo ano e através do programa *Ser Criança*, o Centro de Animação para a Infância é financiado até dezembro de 1999, e em diante pela Segurança Social (Cercizimbra, 2021a). O Lar Residencial II surge em 2003, com acordo atípico com a Segurança Social (Cercizimbra, 2021a).

### I.1.1 Missão, Visão e Valores

Enquanto **missão**, a Cercizimbra assume apoiar a infância e juventude numa perspetiva de intervenção comunitária orientada pelos princípios de solidariedade social e cooperativismo, bem como o apoio à elaboração e implementação de projetos de vida de pessoas com deficiência das diferentes faixas etárias (Cercizimbra, 2021a).

Na sua **visão**, a instituição procura o reconhecimento enquanto Organização de referência relativamente à inclusão de pessoas com deficiência e/ou em situação de vulnerabilidade social (Cercizimbra, 2021a).

A instituição rege-se por diferentes **valores**, seguindo-se (Cercizimbra, 2021a):

- *Cooperação*: interinstitucional e participação ativa na comunidade;
- *Profissionalismo*: a intervenção é guiada pela excelência, confidencialidade e constante atualização de conhecimentos;
- *Inovação*: existe uma procura constante por respostas diferenciadoras; *Inclusão*: premissa para o cumprimento da igualdade de direitos;
- *Transparência*: partilha clara da informação com as partes interessadas;

- *Intervenção Individualizada*: respostas centradas na pessoa, tendo em consideração as suas especificidades e respeito pelos seus valores, dinâmicas familiares e necessidades.

## **I.1.2 Respostas Sociais e Serviços**

A Cercizimbra disponibiliza várias respostas sociais e serviços, pelo que serão apresentados brevemente em seguida:

- **Intervenção Precoce** (Cercizimbra, 2021b): destinado a crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo, ou em risco de atraso no desenvolvimento, até aos 6 anos de idade, com o objetivo assegurar a criação de facilitadores do desenvolvimento. Esta resposta engloba atividades como o atendimento permite a identificação de crianças e famílias que sejam elegíveis para serem acompanhadas pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, acompanhamento social (intervenção em função das necessidades da criança), vigilância (às crianças e famílias que requerem avaliação periódica devido aos fatores de risco e a sua possível evolução), apoio (no acesso a serviços e recursos dos sistemas da educação, segurança social e saúde) e gestão de recursos da comunidade (identificação de necessidades e/ou recursos da comunidade, criando redes formais e informais de apoio social). Os recursos humanos desta resposta social incluem (1) diretora técnica, (1) técnico superior de educação especial e reabilitação, (1) técnica de política social e (1) terapeuta da fala;
- **Creche e Pré-escolar** (Cercizimbra, 2021c): A creche presta apoio a crianças dos 0 aos 3 anos e famílias durante o período diário, e o jardim de infância ou pré-escolar, crianças dos 3 aos 5 anos, no seu desenvolvimento através de atividades educativas e de apoio à família. Esta resposta social proporciona **atendimento** a crianças com e sem alterações no desenvolvimento e às suas famílias entre os 0 anos e a entrada no 1.º ciclo do ensino básico, **acompanhamento social**, apoiando na articulação de serviços e encaminhamento para serviços sociais e **projetos**: Projeto Educativo de Escola - "Família e Escola - uma relação de parceria", Projeto de renovação do espaço exterior, e Apoio parental e familiar. A filosofia educativa desta resposta social passa pela aprendizagem pela ação, método de trabalho de projeto, modelo curricular da Escola moderna, preconização da inclusão plena de todas as crianças, valorização do envolvimento familiar e intervenção comunitária e, reconhecimento do meio enquanto facilitador e promotor da igualdade de oportunidades. Os recursos humanos incluem (1) diretora técnica/educadora de infância, (1) diretora técnica/educadora de infância em creche, (3) educadores de infância, (2) professores de expressão motora, (2) professores de expressão musical, (8) auxiliares de ação educativa, (3) professores de atividades de enriquecimento curricular;
- **Centro de Recursos para a Inclusão** (Cercizimbra, 2021d): objetiva o apoio à inclusão de crianças e jovens através de serviços especializados, a promoção e

facilitação do acesso ao ensino e formação, promoção da participação social e vida autónoma e a facilitação do acesso ao trabalho e ao lazer. O Centro de Recursos para a Inclusão destina-se a crianças e jovens do 1.º ao 12.º ano de escolaridade com necessidades específicas de educação e apresenta como atividades: realização de avaliações especializadas, colaboração no processo de identificação e implementação de medidas de suporte à aprendizagem e inclusão, participação na elaboração, implementação e monitorização de programas educativos individuais, desenvolvimento de ações de apoio à família, prestação de apoios especializados nos contextos educativos (psicomotricidade, psicologia, terapia da fala, fisioterapia e terapia ocupacional), apoiar na conceção e adaptação de materiais de trabalho de apoio à prática dos docentes, na utilização de materiais adaptados e de tecnologias de apoio, colaboração na implementação de metodologias e estratégias de ensino estruturado, participação na organização de atividade e estratégias com vista ao desenvolvimento de competências de autonomia pessoal e social, colaboração na preparação do processo de transição para a vida pós-escolar, nomeadamente na elaboração e implementação dos Planos Individuais de Transição, realização de ações de capacitação de docentes, pais, assistentes operacionais e elementos da comunidade, criação de redes de apoio na comunidade e apoio na organização de atividade que permitam o acesso ao lazer e à participação social. Os recursos humanos do CRI envolvem (1) fisioterapeuta, (2) psicólogos, (2) terapeutas da fala e (2) psicomotricistas (Cercizimbra, 2021d);

- **Centro de Animação para a Infância** (Cercizimbra, 2021e): O Centro de Animação para a Infância, é um centro lúdico destinado ao atendimento de crianças e jovens entre os 6 e os 18 anos de idade e das suas famílias. O Centro de Animação para a Infância apresenta como objetivos a contribuição para o desenvolvimento das competências emocionais, cognitivas, motoras e sociais dos jovens e a promoção de ações de cariz lúdico pedagógico visando o sucesso escolar, prevenção e redução de comportamentos de risco, bem como a sua participação social ativa. Nesta resposta social enquadram-se as atividades pedagógicas e lúdicas, incluindo ocupação dos tempos livres da população jovem de forma saudável, prevenindo comportamentos de risco, funcionando num modelo de porta aberta, i.e., não requerendo comparticipação financeira. Enquanto atividades específicas, o Centro de Animação para a Infância integra a ludoteca (com atividades de exploração da natureza, oficinas e apoio ao estudo), escola (dinamização de recreios, apoio a alunos e professores) e e comunidade (voluntariado e animação itinerante). Os recursos humanos do CAI constituem uma equipa composta por (1) diretor técnico, (3) técnicas de animação de tempos livres, (1) psicólogo e (1) técnica superior de animação sociocultural;
- **Centro de Reabilitação Profissional da Cercizimbra** (Cercizimbra, 2021f) : tem como população-alvo pessoas com deficiência com idade superior a 18 anos, inscritos/as no Centro de Emprego da zona de residência, e com autonomia na

utilização dos transportes públicos e atividades de vida diária. Os seus objetivos abrangem a criação de percursos de aprendizagem e de qualificação baseados no referencial do Catálogo Nacional de Qualificações; acompanhar o projeto individual do formando num planeamento centrado nos interesses individuais, disponibilizando os recursos para a formação e fornecer espaços/oficinas/ferramentas e equipamentos para o desenvolvimento de uma profissão; o desenvolvimento de competências utiliza os recursos da comunidade no apoio à integração. Esta resposta social oferece cursos para: empregado de andares, técnicas básicas de preparação e confeção de alimentos e serviço de mesa e operador de armazenagem. Incluindo nas suas condições subsídio de refeição, subsídio de transporte, subsídio de alojamento (a título excecional) e bolsa de profissionalização. O □ Centro de Reabilitação Profissional da Cercizimbra é constituído por uma equipa de (1) diretora técnica, (4) formadores, (1) técnico de serviço social, (1) técnico de acompanhamento de formação em empresa, (1) psicólogo.

- **Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão** (Cercizimbra, 2021g): local onde a estagiária interveio, primeiro numa abordagem de observação e posteriormente de intervenção. O CACI destina-se a jovens e adultos com DID com idade igual ou superior a 18 anos e que objetiva a promoção da autonomia, competências sociais e emocionais, para uma vida com mais qualidade. A intervenção centra-se na valorização pessoal, profissional e de inclusão social englobando a área ocupacional (barro, jardinagem, culinária, lavandaria, ateliers e empacotamento), psicossocial (psicologia, reunião comunitária, apoio sociofamiliar), social (vendas, teatro, colónias de férias, visitas de estudo, competências sociais), cognitiva (cidadania, terapia Snoezelen, treino cognitivo), desporto (natação, canoagem e basquetebol), autonomia (higiene, atividades de vida diária, alimentação), trabalho ocupacional (serviços, empacotamento) e psicomotora (atividades aquáticas, dança, reabilitação, motricidade, bem-estar, workshop). Atualmente o CACI dá resposta a 45 clientes e às suas famílias. Os recursos humanos do CACI constituem uma equipa composta por (1) diretora técnica, (1) técnico superior de educação especial e reabilitação, (1) técnica de serviço social, (1) educador sócio profissional, (1) terapeuta ocupacional, (1) psicóloga, (9) monitores/auxiliares de atividades, equipa de apoio: (4) cozinheira/ajudante de cozinheira; (2) serviços gerais.
- **Rede de Unidades Residenciais** (Cercizimbra, 2021h): para jovens e adultos com DID que não conseguem, pelos mais diversos motivos, residir no seu meio familiar e divide-se em dois espaços: Lar Residencial I frequentado por clientes do CACI, ou do Centri de Reabilitação Profissional, u integrados no mercado de trabalho; e o Lar Residencial II apenas para clientes do CACI. Esta separação é feita tendo em conta os objetivos estabelecidos para cada unidade residencial: o Lar Residencial I é direcionado para a autonomia de vida diária, autorregulação comportamental e interação social, e o Lar Residencial II foca-se na qualidade de vida dos residentes,

sendo direcionado para a satisfação das necessidades. Como se infere, a Rede de Unidades Residenciais engloba o alojamento, alimentação, higiene pessoal, tratamento de roupa, treino de autonomia e competências sociais e pessoais, apoio psicossocial, apoio no acesso aos cuidados de saúde e atividades socioculturais. A equipa técnica é constituída por (1) diretora técnica/terapeuta ocupacional, (1) psicóloga, (1) técnica de serviço social e (6) ajudantes de ação direta;

- **Rendimento Social de Inserção** (Cercizimbra, 2021i): destina-se a pessoas ou famílias que necessitem de apoio na integração social e profissional, em situação de carência económica grave e/ou demais condições de acesso ao Rendimento Social de Inserção. Este serviço direciona-se para a promoção da inserção/inclusão social autonomia, integração profissional, diminuição do abandono escolar, sensibilização para a importância dos cuidados de saúde primários e a promoção da adoção de um estilo de vida saudável. Para no acesso a este rendimento, a Cercizimbra oferece apoio com informações e acompanhamento e atividades, com os atendimentos a serem feitos na Segurança Social ou na Junta de Freguesia da Quinta do Conde; os acompanhamentos sociais são realizados por meio de visitas domiciliárias, contactos telefónicos, articulação de serviços e acompanhamento dos mesmos; Projetos: Combate ao Isolamento Social, Apoio à Cidadania e Natal Solidário; Inovação Social: Academia Social e AtivaMENTE. A equipa técnica de apoio ao rendimento social de inserção é composta por (2) técnicos superiores de serviço social, (1) técnico superior de psicologia, (1) técnico superior de investigação social e (3) ajudantes de ação direta.

### **I.1.3 Políticas de Qualidade**

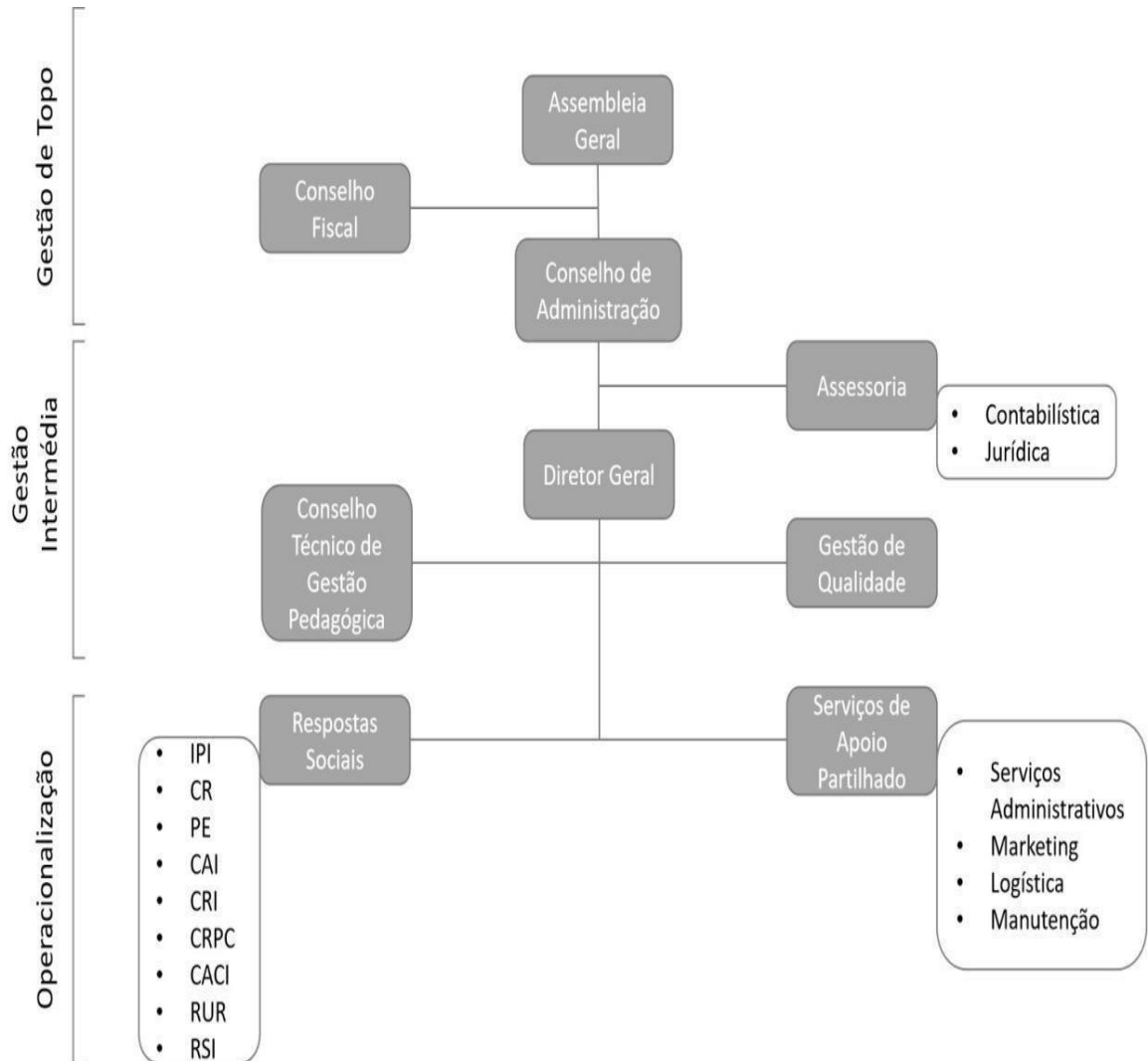
Enquanto cooperativa de solidariedade social, a Cercizimbra desenvolve os seus serviços baseando-se em princípios de participação dos clientes, famílias e/ou significativos, de acordo com as expectativas de cada um, visando a inclusão na comunidade e com parceiros (Cercizimbra, 2021j). A cumprimento legal e ético, em articulação com os fornecedores, a renovação/manutenção das infraestruturas, são outros dos princípios em que a instituição assenta a sua intervenção. A decisão baseada na evidência-dados e o trabalho contínuo para a garantia da qualidade (qualificação dos colaboradores, melhoria dos serviços) e articulado concorrem para o desenvolvimento do sistema de gestão de qualidade (Cercizimbra, 2021j).

### **I.1.4 Organograma Funcional**

O organograma representa o modelo funcional da organização, demonstrando hierarquicamente como a Cercizimbra define os níveis de competências de gestão (figura 1): adota-se um modelo linha-staff, i.e., uma combinação do modelo funcional e linear (e a hierarquia definida caracteriza-se pela autoridade única e absoluta do superior,

correspondente à gestão de topo – órgãos sociais (assembleia geral, conselho fiscal, conselho de administração), seguindo o esquema de estrutura linear (Cercizimbra, 2021j).

Figura 1 - Organograma funcional da Cercizimbra (Cercizimbra, 2021j)



As decisões são centralizadas e as linhas de comunicação formais, com o modelo funcional a ser definido pela especialização das funções, onde cada setor contribui com o seu conhecimento para o funcionamento da organização como um todo, que na hierarquia corresponde ao nível de gestão intermédia (diretor geral, conselho técnico de gestão pedagógica e gestão de qualidade). Na linha-staff são incluídos os órgãos de consulta (jurídica e contabilística), que podem fazer recomendações aos escalões inferiores, mas não as podem inculcar forçosamente, reservando esse direito à gestão de topo e intermédia (Cercizimbra, 2021j).

## **I.2 A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental**

### **I.2.1 Evolução e Definição do Conceito**

De acordo com os atuais paradigmas, a mudança para a terminologia de DID surgiu devido a uma reflexão em torno dos termos deficiência e dificuldade, tendo o primeiro um carácter estigmatizante e negativo, sendo utilizado de forma pouco rigorosa e injusta, enquanto o segundo, tem uma carga mais positiva, comparavelmente ao primeiro termo (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a). Os autores reforçam que a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS), leva ao desuso do termo incapacidade, inferindo-se pelo termo funcionalidade a possibilidade de recuperabilidade, ao invés de termos estigmatizantes de deficiência e que parece imputar a culpa à pessoa pela imperfeição ou défices, e à inutilidade das pessoas com impacto negativo nas suas vidas (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a). Morato e Santos (2007) acrescentam que a tradução do termo *disability* tem sido associado à *dificuldade* (e.g., learning disabilities – dificuldades de aprendizagem) tendo sido bem aceite, advogando a necessidade de uma maior atenção à tradução vs. Pré-conceitos que este processo acarreta. O termo intelectual surge devido ao método de avaliação e diagnóstico se focar em questões mais analíticas e intelectuais, o termo desenvolvimental surge pelo facto das dificuldades se manifestarem ao longo do processo de desenvolvimento e no envolvimento, envolvendo a qualidade de interação entre a pessoa e o contexto.

Atualmente, a DID é definida pela existência de limitações significativas (dois desvios-padrão abaixo da média) no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, que se manifestam nos domínios conceituais (envolvendo linguagem, escrita, leitura, raciocínio, memória, matemática e conhecimento), práticos (cuidado pessoal, gestão monetária, organização e recreação das tarefas escolares e do trabalho e responsabilidades do trabalho), e sociais (empatia, capacidades de comunicação,

capacidade de criar e manter amizades, capacidade de cumprir regras e juízo social) (American Psychiatric Association [APA], 2013; Schalock et al., 2021), surgindo antes dos 22 anos (Schalock et al., 2021) ou durante o período desenvolvimental (APA, 2013).

### **I.2.2 Diagnóstico e Classificação**

A definição de DID mais atual implica então três critérios formais: a idade de aparecimento, o funcionamento intelectual e o comportamento adaptativo (APA, 2013; Santos, 2020; Schalock et al., 2021). O diagnóstico de DID deve ser realizado, e com base na definição mais recente, através da aplicação de instrumentos validados que avaliem o funcionamento intelectual e o comportamento adaptativo, cujos valores de corte para a DID devem ser inferiores a 70/75 mas considerando sempre a possibilidade de erro, e contextualizando os resultados na vida diária e na forma como a pessoa ultrapassa os desafios com que se confronta (Schalock et al., 2021). O primeiro é avaliado, tradicionalmente, pelo teste de inteligência que avalia o quociente de inteligência (QI) e o segundo deve ser avaliado por escalas elaboradas e validadas para o efeito e que se foquem na expressão das limitações na vida diária (Santos, 2020; Schalock et al., 2021).

A DID, ao longo do tempo, tem sido classificada de diferentes formas e segundo diferentes critérios. No momento atual, e de forma geral a nível mundial, existem três sistemas de classificação em voga e que devido à sua relevância e utilização serão referenciados. Assim, e no âmbito da saúde, e até há pouco tempo da educação em Portugal, a CIF e a Classificação Internacional da Doença (CID-10), ambas da OMS (2001, 2016) e na perspetiva clínica, perspetivam a pessoa em função das deficiências ao nível das estruturas e funções do corpo, que irão limitar a atividade e restringir a participação, considerando ainda os fatores pessoais e contextuais como barreiras ou facilitadores. A categoria assumida para a sua classificação é deficiência ligeira/leve, moderada, severa e profunda (OMS, 2016). A APA (2013), mais utilizada em contexto psiquiátrico e ao nível das perturbações de desenvolvimento, assume a mesma terminologia classificativa, mas inova, enfatizando que as mesmas se baseiam nas limitações adaptativas e não das tradicionais medidas intelectuais.

Por seu lado, o modelo funcional e multidimensional do funcionamento humano (Luckasson e Schalock, 2012) prevê a classificação não pelas limitações, mas antes pela intensidade de apoios necessários para a funcionalidade diária e participação social e ativa, prevendo assim um sistema pouco estigmatizante e centrado na qualidade de relação entre pessoa e contexto (Schalock et al., 2021; Thompson et al., 2014): **apoios intermitentes** de carácter esporádico; **apoios limitados** já com maior intensidade do que os anteriores e

eventualmente em momentos críticos; **apoios extensivos** ou diários e constantes, mais utilizados em certos contextos e sem previsão temporal da sua remoção; e, por fim, os **apoios permanentes** caracterizados por uma necessidade constante e de elevada intensidade nos vários contextos que a pessoa se insere (Thompson et al., 2014). De acordo com os mais recentes modelos, o que diferencia as pessoas típicas das pessoas com DID, passa pelo tipo/frequência/intensidade de apoios necessários (Gómez et al., 2021; Schalock et al., 2022). As necessidades de apoio são definidas através dos fatores que influenciam o desempenho individual (capacidades individuais e contextos de vida), de modo a otimizar a sua participação na sociedade, e com o contexto a destacar-se como uma variável de peso (Shogren et al., 2020).

Thompson et al., (2014) apresentam cinco pressupostos sobre a natureza dos apoios: (a) o tipo de apoios deve ser adaptado às necessidades e às preferências individuais, e no contexto ecológico, levando à minimização da intervenção baseada no diagnóstico, (b) a provisão dos mesmos deve ser flexível pois as necessidades de apoio são dinâmicas e variando consoante os contextos, o tempo e as situações, destacando-se a relevância das reavaliações e monitorização do plano de apoios individualizado, (c) alguns apoios são mais importantes para a pessoa que outros pelo que deve ser a pessoa a priorizar os apoios que considera importantes em função dos seus objetivos e interesses, (d) as necessidades de apoio devem ser avaliadas tendo em conta a revisão dos planos de apoio individuais e (e) a avaliação deve ser multifatorial e contextualizada.

### **I.2.3 Etiologia e Prevalência**

O conhecimento da etiologia da DID é fundamental para a tomada de decisões preventivas, habilitativas e reabilitativas, constatando-se, entre as diferentes abordagens, a abordagem multifatorial, envolvendo não só o tipo de causas, bem como o período onde as mesmas se expressam (Schalock et al., 2021). Desta forma, os consideram-se fatores de risco: **biomédicos** – caracterizados por processos biológicos, como má nutrição ou alterações genéticas; **sociais** caracterizados pelas interações sociais e familiares, tais como a estimulação e responsividade por parte do adulto; **comportamentais** – comportamentos de risco, como o abuso de substâncias por parte da mãe, atividades das quais possam resultar lesões; e **educacionais** – relacionados com a oferta de apoios educativos que promovam o desenvolvimento de capacidades adaptativas e desenvolvimento mental (Schalock et al., 2012).

Estes fatores de risco podem surgir em diferentes alturas da vida do sujeito (Schalock et al., 2012): **pré-natal** – onde podem existir alterações metabólicas ou

cromossómicas, má nutrição da mãe, falta de preparação dos pais para assumirem este papel ou uso de substâncias por parte destes, pobreza; **perinatal** – falta de acesso aos cuidados pré-natais, lesão à nascença, falta de conhecimento sobre intervenção ou tratamento e rejeição, por parte dos pais, para cuidarem da criança ou até mesmo abandono; e pós-natal – negligência e abuso da criança, diagnóstico tardio, traumatismo craniano, interação criança-cuidador prejudicial, má nutrição, falta de estimulação. A prevalência da DID, a nível mundial, representa entre 1% a 3% da população mundial (King et al., 2009), apresentando uma maior incidência no género masculino (Maulik et al., 2011), sendo que 85% das pessoas com DID são classificadas como leve, 10% como moderada, 4% como severa e 2% é classificada como profunda (King et al., 2009). Santos (2020) afirma que, em Portugal, não existem estatísticas a nível nacional.

#### **I.2.4 Características**

Apesar da heterogeneidade fenotípica e comportamental, a literatura apresenta um conjunto de características comuns e que concorrem para o diagnóstico de DID. Dado este conhecimento ser basilar para quem intervém com esta população, permitindo melhores decisões baseadas na evidência, a próxima secção irá apresentar de forma resumida o perfil da pessoa com DID, para posteriormente se poder comparar com os casos com quem a estagiária interveio ao longo do ano letivo.

##### ***I.2.4.1 Características Cognitivas***

As características cognitivas tradicionalmente associadas à DID, englobam as limitações ao nível do funcionamento executivo (Alloway, 2009): memória de trabalho, do controlo inibitório e flexibilidade cognitiva. A memória de trabalho, implícita no nosso funcionamento cognitivo, pode ser definida como a capacidade de armazenar e manipular a informação retida, por curtos períodos de tempo utilizada nas mais diversas atividades do quotidiano (Alloway, 2009). As pessoas com DID apresentam dificuldades em tarefas de memória verbal de curto-prazo (Alloway, 2010; Rodrigues et al., 2019), bem como o menor desempenho ao nível da fluência e da rechamada de palavras com carácter executivo na codificação (Danielsson, et al., 2010) e dificuldades relativas à velocidade de acesso a itens lexicais e ao controlo executivo (Danielsson et al., 2010). Algumas das características incluem o esquecimento das instruções e dificuldade em concluir as atividades de aprendizagem, condicionando o sucesso académico (Gathercole et al., 2006). O controlo inibitório consiste na capacidade de o indivíduo controlar a sua atenção, comportamento e emoções, resistindo aos impulsos, permitindo a atenção seletiva e inibindo os estímulos não necessários à atividade realizada (Diamond, 2013). A flexibilidade cognitiva, ou

capacidade de mudar de perspectiva, quer a nível espacial como a nível interpessoal, está relacionada com o controlo inibitório para desativar o pensamento anterior do indivíduo, e assim ser capaz de criar novas perspectivas pela memória de trabalho (Diamond, 2013).

As dificuldades cognitivas inerentes ao próprio diagnóstico impactam os processos de tratamento e memorização da informação, que depois limitam a sua chamada para a resposta aos desafios diários (Blasi et al., 2007), seja na tomada de decisão, seja na execução/desempenho propriamente dito (Carlin, 2012). As limitações cognitivo-executivas restringem a atividade simbólica, o processamento sequencial das tarefas (APA, 2013) que associado às dificuldades na atenção e orientação para a tarefa irão influenciar a qualidade da aprendizagem académica (Cameron et al., 2012) e a autorregulação comportamental (Diamond, 2013) que por sua vez irão impactar outros domínios da vida diária (e.g., socialização). As dificuldades no raciocínio abstrato estão diretamente relacionadas com a aprendizagem da matemática e escrita (Diamond, 2013). A maior lentidão no desempenho com a maior necessidade de tempo para a concretização das tarefas, associados à menor perseverança e organização nos processos parecem conduzir a uma menor produtividade (Santos e Morato, 2012b).

#### ***1.2.4.2 Características Linguísticas, Sociais e Emocionais***

As pessoas com DID tendem a apresentar dificuldades ao nível da compreensão da fala, do gesto ou linguagem escrita (Marrus e Hall, 2017), parecendo haver mais dificuldades ao nível da linguagem expressiva, sintaxe, fonologia e aspetos pragmáticos, com a linguagem recetiva ser considerada uma área forte (Danielsson et al., 2012; Martin et al., 2009). A nível nacional, é apontada a tendência para a expressão pré-verbal (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b). Adams e Oliver (2011) afirmam que existem vários métodos de expressão emocional que assumem um papel importante no desenvolvimento típico, em termos do funcionamento cognitivo e social, sendo as expressões faciais e o comportamento as mais utilizadas pelas pessoas com DID severa e profunda.

As redes sociais e os ambientes de comunicação são, geralmente, restritos para as pessoas com DID, principalmente se viverem numa residência (McCausland et al., 2016), constatando-se a ainda tendência para a sua exclusão ao nível social e educacional, com impacto na participação social e nas interações sociais (Carter e Hughes, 2005; Chadwick et al., 2019). As limitações na interpretação das pistas sociais, são apontadas por Thirion-Marissiaux e Nader-Grosbois (2008) que observaram que as crianças e adolescentes (com e sem DID), tinham mais facilidade em compreender a alegria e a tristeza, ao invés do medo e da ira, apesar da justificação mais fácil para a tristeza e medo, pois, a identificação

das causas destas emoções requer uma formulação ao nível sintático e verbal mais fácil, comparando com as restantes emoções.

Garaigordobil e Pérez (2007) afirmam haver contradições na literatura sobre os níveis de autoconceito e autoestima nas pessoas com DID, parecendo que a níveis mais ligeiros de DID correspondem perfis inferiores de autoconceito, dada a consciencialização social e à sua comparação com as pessoas sem DID, com a identificação da diferença, ainda hoje considerada como negativa. As pessoas com DID com níveis de autoconceito e autoestima mais elevados, são as que apresentam maior nível de severidade e que condicionam a limitação no reconhecimento das limitações (Garaigordobil e Pérez 2007). Fisher et al. (2011) relatam uma maior probabilidade de conflito e instabilidade nas relações entre as pessoas com e sem DID, existindo uma menor troca de informação, podendo isto ser justificado pela facilidade de manipulação na população com DID e pelas limitações que esta população apresenta ao nível dos juízos sociais, nomeadamente, na perceção dos riscos (Harris e Greenspan, 2016).

As crianças com DID, além de apresentarem limitações ao nível do funcionamento intelectual e socioemocional, apresentam também atrasos nos marcos do desenvolvimento motor, relacionados com limitações na função sensório-motora (Hogan et al., 2000; Wuang et al., 2008). As crianças com DID apresentam mais dificuldades ao nível motor, eventualmente decorrentes das dificuldades ao nível da planificação, execução e tomada de decisões (Hartman et al., 2010).

#### ***1.2.4.3 Características Psicomotoras***

O desenvolvimento motor e cognitivo relacionam-se (Smits-Engelsman e Hill, 2012), influenciando-se mutuamente. Para Fonseca (2010a) o sistema psicomotor humano organiza-se no funcionamento hierárquico dos sete fatores psicomotores – tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxias global e fina, integrados na abordagem luriana. A tonicidade é o primeiro fator psicomotor, e a base da hierarquia (Fonseca, 2010a), influenciando o controlo postural e o equilíbrio, requerendo uma interação entre os subsistemas neurais (visão, sistema vestibular e proprioceptivo) e o musculoesquelético (Casady e Nichols-Larsen, 2004; Giagazoglou, et al., 2012). As pessoas com trissomia 21 tendem à flexão plantar reduzida devido à sua hipotonia, presente nos seus tornozelos, fazendo com que o comprimento dos passos seja reduzido, não atingindo o padrão de marcha maturo e afetando o controlo postural e a força (Cioni et al., 2001).

As pessoas com DID apresentam limitações ao nível do equilíbrio e da força, com baixa capacidade motora (Giagazoglou et al., 2012). De acordo com Blomqvist et al. (2013),

os adolescentes com DID tendem para um desempenho inferior ao nível do equilíbrio postural, quando comparados com os seus pares típicos que se agrava com a idade. Já as dificuldades, no equilíbrio dinâmico, manifestam-se através de movimentos não harmoniosos e com maior probabilidade de queda, devido à pobre orientação espacial e uma sensibilidade corporal alterada (Jankowicz-Szymanska et al., 2012). Na continuação do seu estudo longitudinal, Lahtinen et al. (2007), observaram uma melhoria no desempenho físico dos adolescentes com DID ao nível da força e resistência dos abdominais, do equilíbrio estático e da destreza manual, havendo um declínio destes na idade adulta.

A lateralidade de crianças com DID, ao nível dos membros inferiores, não está tão definida como os seus pares típicos, parecendo existir maior inconsistência relativamente à preferência do pé e uma maior percentagem de crianças a apresentar lateralidade cruzada (Gérard-Desplanches et al., 2006). As pessoas com DID tendem a ser esquerdinos ou ambidestros (Carlier et al., 2006). As crianças com DID apresentam mais dificuldades ao nível motor, eventualmente decorrentes das dificuldades ao nível da planificação, execução e tomada de decisões (Hartman et al., 2010). Emck et al. (2012) afirmam que 41% dos casos com DID observados apresentam limitações na noção do corpo e na sua consciencialização e aceitação, eventualmente influenciadas por questões afetivas e emocionais. Tanto o contexto como as experiências sociais da pessoa com DID, bem como a identidade social da deficiência, podem contribuir para uma imagem corporal negativa, podendo levar a distúrbios alimentares como a anorexia nervosa (Eden e Randle-Philips, 2017; Cicmil e Eli, 2014). As pessoas com DID apresentam uma visão mais extrema dos conceitos de abaixo do peso e acima do peso, comparando com a população sem DID, identificando os corpos mais pequenos como mais saudáveis e corpos acima do peso como corpos mais largos do que os identificados pela população sem DID, apesar de não terem identificado corretamente o seu corpo, e estando satisfeitos com o seu corpo achando que os seus pares veem o seu corpo de forma positiva (Eden e Randle-Philips, 2017).

O conceito de espaço quando se fala de DID, pode tomar diferentes rumos (social e físico), variando de caso para caso (Gabel et al., 2013). Dadas as dificuldades no processamento simbólico e raciocínio abstrato, as pessoas com DID apesar da capacidade de integrarem a informação percetiva numa representação, incluindo a localização precisa de objetos estáticos, denotam dificuldades em relacionar espacialmente os mesmos com outros objetos próximos (Giuliani e Schenk, 2015). Nas tarefas que envolvem saltar e correr, existem diferenças significativas entre o grupo de crianças com e sem DID (Zickl et al., 2013). Houwen et al. (2011), concluíram que as crianças com DID apresentam mais

dificuldades ao nível das praxias (global e fina). No entanto, há a realçar que as crianças com DID conseguem obter resultados idênticos que os seus pares típicos, em determinadas tarefas, se tiverem um maior apoio que promova o desenvolvimento das suas praxias (Zikl et al., 2013).

#### ***1.2.4.4 Características Prático-Adaptativas***

De acordo com a APA (2013), o comportamento adaptativo compreende as aprendizagens e a gestão de tarefas do quotidiano, consoante o grau de severidade da DID. Já Santos (2014) afirma que o comportamento adaptativo (CA) se relaciona com as atividades de vida diária, englobando os cuidados de saúde e segurança, as capacidades de comunicação e o saber cuidar de si, sendo então um conjunto de habilidades aprendidas ou adquiridas que, através de adaptações, permitam a realização de atividades com êxito no que concerne às capacidades de independência e responsabilidade pessoal e social, permitindo assumir um papel ativo na sociedade (Santos e Morato, 2012b). O constructo do CA assume quatro funções na área da DID (Tassé et al., 2012): (1) limitações significativas no funcionamento intelectual, juntamente com limitações significativas no CA expressas antes dos 22 anos de idade, compõem a definição operacional da DID; (2) pontuações na medida do CA são utilizadas para determinar se a pessoa atende ao segundo critério de diagnóstico da DID – limitações significativas no CA conforme expresso em habilidades adaptativas, sociais, conceptuais e práticas; (3) o constructo de CA permite a elaboração de uma estrutura onde é possível mapear o desenvolvimento das habilidades adaptativas e estabelecer objetivos de reabilitação e educação; (4) o CA integra uma dimensão fundamental na compreensão multidimensional do funcionamento humano (Tassé et al., 2012; Thompson et al., 2009). Harries et al. (2009) referem ainda que, com a ideia de que as dificuldades não são imutáveis nem permanentes, estas podem modificar-se com os apoios adequados, havendo assim espaço para a evolução.

Nas diversas definições de CA é possível distinguir perspetivas e conceitos que permaneceram inalterados e que levaram à definição mais atual (Simões e Santos, 2018). Existem seis elementos comuns a todas as definições (Tassé et al., 2012): (1) requer aprendizagem, com o desempenho da capacidade para lidar com as exigências sociais com sucesso; (2) está de acordo com as expectativas da faixa etária e dos valores socioculturais; (3) engloba a participação na comunidade e as necessidades físicas; (4) demonstra capacidade de estabelecer relações sociais responsáveis e mantê-las; (5) tem em consideração a crescente complexidade do CA com a idade e (6) reflete o comportamento típico que é assumido diariamente pelas pessoas (Tassé et al., 2012).

Devido ao facto do CA ser um constructo multidimensional (englobando capacidades sociais, conceptuais e práticas), fundamentado no desempenho típico e distinguindo-se dos comportamentos do foro da saúde mental e desafiantes, este permite uma melhor identificação da DID em termos do planeamento dos apoios, do diagnóstico e da classificação, com impacto nas práticas profissionais, levando a uma melhor compreensão da DID (Luckasson e Schalock, 2012).

Na abordagem ecológica, a elegibilidade dos apoios individualizados leva a uma classificação menos estigmatizante, não se baseando apenas no diagnóstico da DID, mas focando-se mais na relação com as necessidades de apoio individuais, incluindo a intensidade dos mesmos e a avaliação do padrão, tendo como objetivo o melhoramento dos resultados pessoais e a qualidade de vida (QV) das pessoas com DID (Luckasson e Schalock, 2012; Schalock e Verdugo, 2012). De acordo com Tassé et al. (2016), é possível incorporar as áreas fortes das pessoas com DID no plano de apoios centrado na pessoa, considerando a complexidade do CA, destacando a importância da adequação dos apoios e a potencialização das estratégias individualizadas, uma vez que o desenvolvimento pessoal (i.e., capacidades sociais, práticas e conceptuais) é o preditor mais relevante da QV das pessoas com DID (Buntinx e Schalock, 2010; Luckasson e Schalock, 2012; Reinders e Schalock, 2014; Simões et al., 2016b).

Best e Miller (2010) afirmam que tanto o funcionamento executivo como o comportamento adaptativo, se desenvolvem com a idade, até à idade adulta (Hughes, et al., 2014). As pessoas com DID tendem a perfis adaptativos inferiores quando comparados com os seus pares típicos, eventualmente explicados pelas limitações cognitivas e pela falta de oportunidades, resultantes da superproteção e desvalorização das suas capacidades (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b). Os autores continuam que, ao nível da autonomia e do funcionamento independente, as pessoas com DID parecem necessitar de mais apoios relacionados com a mobilidade, segurança, higiene e alimentação, sendo muitas vezes estas atividades domésticas realizadas por terceiros (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b; Woolf, et al., 2010).

Relativamente à atividade económica e conceitos matemáticos, Santos e Morato (2012a; 2012b), afirmam que, geralmente, estas atividades, são realizadas por terceiros devido a uma subvalorização da população com DID que, ligada às limitações de armazenamento de informação e dos contextos abstratos, à falta de estimulação, à não compreensão dos conceitos de assiduidade e pontualidade e à falta de hábitos de trabalho sistemático e organizado, levam a uma restrição na participação nos contextos que

compreendam tempo, números, atividades económicas e pré-profissionais, levando deste modo, a uma limitação na empregabilidade na vida adulta. Relacionando-se com os domínios de personalidade, responsabilidade e socialização, existe uma falta de iniciativa na população com DID e dificuldades de autorregulação ao nível do comportamento. Não só isto, como uma desvalorização e desacreditação da sociedade, em geral, sobre esta população e sobre as suas capacidades de aprendizagem na área da responsabilidade e socialização (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b).

#### ***1.2.4.5 Características Positivas***

Existem poucos estudos direcionados para os pontos fortes e capacidades das pessoas com DID, sobretudo na transição para a vida adulta (Carter et al., 2014; Dykens, 2006; Shogren et al., 2006), no entanto, a forma como a DID é conhecida tem sofrido mudanças nos últimos anos, havendo uma maior atenção para as características positivas desta condição o que suscita a sua participação, inclusão e qualidade de vida (Shogren et al., 2006). Carter et al. (2015), afirmam que, realçando os pontos fortes dos alunos com DID, pode existir um aumento de oportunidades na transição para a vida adulta após o ensino secundário, apesar dos desafios que estes alunos enfrentam. Os autores demonstram como as introduções feitas sobre este subgrupo têm um impacto na vida das pessoas, uma vez que os alunos que participaram no estudo foram caracterizados como sendo felizes, gentis, positivos, pacientes, dedicados, autodeterminados, resilientes e com sentido de humor ao nível dos traços de personalidade, que assumem um papel importante nas relações interpessoais, onde demonstram afetividade, educação, consideração pelos outros, lealdade e socialização. Os pontos fortes coexistem com as necessidades de todas as pessoas, incluindo as pessoas com DID (Carter et al., 2014; Thompson et al., 2010).

O estudo de caso (apresentado mais à frente) além do diagnóstico de DID, apresentava também a distrofia miotónica de Steinert, razão pela qual se avança também com uma breve apresentação da mesma.

### **1.3 Distrofia Miotónica de Steinert**

A distrofia miotónica de Steinert, ou distrofia miotónica tipo 1, é uma condição autossómica dominante causada por uma repetição do trinucleotídeo instável Citosina, Timina e Guanina no cromossoma 19, que pode afetar outros sistemas, considerada como uma das condições com maior variabilidade fenotípica, e com necessidade de intervenção centrada na pessoa (Gutiérrez et al., 2020). O envolvimento neurológico da condição apresenta-se em diversos sintomas a nível muscular (Gutiérrez et al., 2020): fraqueza (grupos

musculares distais são os mais afetados, havendo um maior risco de queda e fratura, tal como os do pescoço e face responsáveis pela mastigação, fala e deglutição), miotonia, mialgia e fadiga. A distrofia miotônica de Steinert parece ter repercussões ao nível do sistema nervoso central, manifestando-se através de dificuldades cognitivas, fadiga, apatia, problemas de sono, perdas de memória progressiva ou mesmo DID (Modoni et al., 2004; Bugiardini e Meola, 2014; Winblad et al., 2016; Gutiérrez et al., 2020) e parece haver uma associação entre distrofia miotônica de Steinert e um nível socioeconómico e de escolaridade mais baixo, dependendo dos impactos da DMS na pessoa e dos rendimentos, quer da família, quer da pessoa adulta (Sistiaga et al., 2010).

### **1.3.1 Etiologia e prevalência**

A prevalência da distrofia miotônica de Steinert congénita varia entre 0.5 e 18.1 casos por cada 100 000 nascimentos (Theadom et al., 2014). A distrofia miotônica de Steinert é tendencialmente transmitida pela mãe, com expansão intergeracional do número de repetições de trinucleotídeos (Gutiérrez et al., 2020). Os sintomas estão presentes desde o nascimento, apesar de se já terem identificado outros sinais como a mobilidade fetal reduzida antes do parto e deformações atriais (visível por via de ecografias e cesariana), devido à falta de progresso no trabalho de parto, podendo ocorrer asfixia perinatal (Gutiérrez et al., 2020). Os recém-nascidos apresentam uma hipotonia acentuada associada a fraqueza generalizada e dificuldades na movimentação, características faciais como paralisia facial e o lábio superior em forma de V invertido e devido à fraqueza da musculatura intercostal e do diafragma é estimado que mais de 50% dos casos apresente problemas respiratórios acrescentando-se ainda uma imaturidade pulmonar e falhas no controlo respiratório cerebral (Gutiérrez et al., 2020). Os autores acrescentam ainda contraturas articulares, sobretudo na forma de pé torto. Os pacientes que sobrevivem após os seis meses de vida tendem a apresentar melhorias embora o desenvolvimento motor não se realize de acordo com os indicadores normativos comparativamente aos pares típicos (Ulrike e Benedikt, 2006). Por volta dos 3-4 anos de idade, as crianças já são capazes de caminhar de forma autónoma e as dificuldades de mastigação e deglutição são reduzidas, no entanto a hipotonia facial continua a ser proeminente (Ulrike e Benedikt, 2006).

É na adolescência que surgem os primeiros sinais de miotonia, contrastando com uma severidade variável dos níveis cognitivos, embora exista uma minoria de casos que não apresente qualquer tipo de dificuldade nesta área (Ulrike e Benedikt, 2006). O desenvolvimento da linguagem pode ser prejudicado devido à fraqueza dos músculos da

boca, palato e mandíbula, que afetam a pronúncia (Ulrike e Benedikt, 2006) e no caso de adultos com distrofia miotónica de Steinert, existe a probabilidade de problemas ao nível cardíaco (Mutchnick et al., 2016). Gallais et al. (2017), examinaram 115 sujeitos com distrofia miotónica de Steinert com uma média de idade de 52.3 anos, e constataram evidências de um declínio significativo na memória verbal, na atenção e velocidade das habilidades psicomotoras ao longo do tempo, reforçando que as consequências enunciadas não são consequências diretas da fraqueza muscular ou da sua progressão. Ao longo dos anos as pessoas com distrofia miotónica de Steinert desenvolvem fraqueza nos músculos distais (Ulrike e Benedikt, 2006).

#### **I.4 Correlação com os casos**

Após um enquadramento teórico, é possível estabelecer uma relação com a componente prática da estagiária apresentada de seguida.

O enquadramento teórico permitiu fazer uma contextualização das características e comportamentos atribuídas ao diagnóstico da DID, da mesma forma que permitiu um maior entendimento dos clientes do CACI acompanhados pela estagiária e sobretudo da C. A maioria dos clientes, do CACI da Cercizimbra acompanhados pela estagiária, apresentam no seu processo clínico o diagnóstico de DID, com autonomia na maioria das atividades de vida diária (alimentação, vestuário e higiene), não deixando de ser necessária uma supervisão (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b; Woolf et al., 2010). A nível cognitivo foram identificadas algumas dificuldades na interpretação e resolução de problemas, na tomada de decisões e no planeamento de ações (Danielsson et al., 2010). No caso da C., tornaram-se evidentes as questões do cansaço constante e a fraqueza muscular, com impacto na área do equilíbrio (Gutiérrez et al., 2020; Winblad et al., 2016; Bugiardini e Meola, 2014; Giagazoglou et al., 2012; Modoni et al., 2004). Os clientes demonstram dificuldades em vários fatores psicomotores, destacando-se o equilíbrio, principalmente em pisos irregulares ou moles; a lateralização, em tarefas que exijam um cruzamento da linha média e ao nível da motricidade global, nomeadamente na dissociação segmentar e fina (Blomqvist et al., 2013; Gérard-Desplanches et al., 2006; Zickl et al., 2013). Ao nível da linguagem existem algumas limitações, sobretudo na compreensão, mas também na articulação, evidente no caso da C., contudo, estas limitações não são impeditivas de interação social ou de defenderem as suas opiniões e direitos (Danielsson et al., 2010; Marrus e Hall, 2017).

É importante salientar que apesar de existirem dificuldades, existem também fatores positivos que contribuíram e tiveram peso na componente prática do estágio como

a dedicação e autodeterminação, a fácil socialização e educação dos clientes (Carter et al., 2015). Assim como a consideração que apresentam pelas pessoas ao seu redor (clientes e colaboradores) e um sentido de humor fácil que permite a descompressão em momentos de stress ou frustração (Carter et al., 2015). Os clientes do CACI são também muito amigáveis, ao receberem a estagiária e mais tarde a C., de braços abertos e com o respeito esperado.

## **I.5 Intervenção Psicomotora**

A psicomotricidade é uma área transdisciplinar que procura explorar a relação existente entre o psiquismo, o corpo e a motricidade que, segundo Fonseca (2010b) formam a identidade do sujeito. Esta constante relação entre a mente e a motricidade surge através das diferentes manifestações sócio afetivas, psicossociocognitivas, biopsicossociais e afetivoemocionais (Santos e Costa, 2015; Fonseca 2010b). A pessoa é um todo psicocorporal único, onde a motricidade e corporalidade são inseparáveis das funções afetivas, relacionais, linguísticas e cognitivas, sendo esta forma que a psicomotricidade vê o indivíduo (Fonseca, 2010b). Para além da pessoa, a psicomotricidade tem também em conta o contexto onde esta se insere, seja este sócio histórico, ecológico ou cultural, com o objetivo de integrar, da melhor forma possível, o indivíduo no seu envolvimento (Fonseca, 2010b).

A psicomotricidade caracteriza-se por ser *multicomponencial*, envolvendo componentes em constante inter-relação; *multicontextual* nas interações que a pessoa estabelece com e nos diferentes contextos de vida; e *multiexperencial* no sentido que, através do corpo e da motricidade são mediatizadas as relações com o mundo exterior (Fonseca 2010a). De acordo com o autor, a pessoa é percecionada através do seu corpo em movimento, numa perspetiva onde as funções motoras, cognitivas, psicolinguísticas, simbólicas e socioemocionais se influenciam reciprocamente e estão em constante evolução, promovendo a capacidade de agir e ser num contexto psicossocial (Fonseca, 2010a). Na mesma linha de pensamento, Santos e Costa (2015) referem que é através do corpo e do movimento que a pessoa é capaz de participar ativamente no mundo envolvente.

A psicomotricidade tem diferentes facetas a nível interventivo, ou seja, nos sistemas de saúde, educação e bem-estar, visto que procura prevenir, educar, reeducar, fazer terapia e reabilitação (Fonseca, 2010b). A psicomotricidade não deve apenas ter em conta o produto final, mas também todo o processo de reaprendizagem realizado ao longo do tempo (Fonseca, 2010b). Caso exista a desintegração dos fatores psicomotores

(tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaciotemporal e praxias), que são a base da atividade psíquica, podem surgir perturbações psicomotoras que iram condicionar a vida do indivíduo (Fonseca, 2010b).

A intervenção psicomotora, é uma intervenção centrada na pessoa, como um todo, e nas relações corpo-envolvimento, que objetivam desenvolver na pessoa as faculdades expressivas (cognitivas, integrativas, simbólicas e emocionais) (Fonseca e Martins, 2001; Fonseca, 2010a; Valente et al., 2012). Através da mediatização corporal e expressiva, a intervenção psicomotora procura compensar condutas desajustadas, possibilitando uma adaptação do indivíduo de modo que este atinja o máximo de satisfação e qualidade de vida (Fonseca, 2010a). Deste modo esta intervenção pretende aprofundar a relação e interação entre a motricidade e o psiquismo – duas componentes do comportamento humano, desenvolvendo áreas como a cognição, comunicação, pensamento operatório, afetivo-relacional e harmonização e maximização do potencial (Fonseca e Martins, 2001; Fonseca, 2010a; Valente et al., 2012). A intervenção psicomotora pode atuar como um dos apoios possíveis, podendo ser uma estratégia de prevenção e habilitação, de modo a potenciar as capacidades adaptativas da pessoa com DID e assim, otimizar o seu funcionamento independente (Valente et al., 2012).

Esta intervenção pode também ser descrita em dois tipos de incidência (Fonseca e Martins, 2001): relacional e instrumental. A primeira baseia-se na mediação psicoafectiva e emocional através da regulação tónica como forma de organizar e construir processos simbólicos e através do movimento (Fonseca e Martins, 2001). De acordo com Vieira (2009), esta incidência atua numa perspetiva preventiva e terapêutica ao nível do desenvolvimento cognitivo, psicomotor e socioemocional, permitindo à pessoa lidar com conflitos relacionais. A psicomotricidade de incidência instrumental é baseada na exploração sensoriomotora, como meio de explorar aspetos simbólicos, percetivos e concetuais, tendo em conta o envolvimento, fatores temporais, espaciais e materiais. Esta vertente incide sob a resolução de problemas, promovendo o aumento de autoconceito e autoestima (Fonseca e Martins, 2001). No decorrer da prática a estagiária iniciou a intervenção pela incidência instrumental, no entanto a incidência relacional veio a revelar-se importante e fundamental no trabalho com o estudo de caso e o grupo, uma vez que o estudo de caso tinha chegado à pouco tempo à instituição.

Probst et al. (2010) adotam uma perspetiva da intervenção psicomotora orientada para a ação, i.e., uma intervenção direcionada para o desenvolvimento de competências, onde através da experiência de atividades motoras há uma procura de vivência emocional

e pensamentos que devem ser refletidos pelo indivíduo. Nesta perspectiva, o movimento é um recurso terapêutico centrado na participação ativa da pessoa em diferentes tarefas objetivando uma visão holística da pessoa (Probst et al., 2010).

Na intervenção em meio aquático, a água é o elemento central devido às suas propriedades terapêuticas como a horizontalidade, a temperatura e a estimulação propriocetiva e exteroceptiva, que parecem favorecer a autoestima e o autoconceito do indivíduo num ambiente de aprendizagem (Matias, 2005). O meio aquático promove a expressão e exteriorização do pensamento ao mesmo tempo que desenvolve as funções cognitivo-motoras do indivíduo e possibilita a criação de atividades com base no jogo simbólico num ambiente de afetividade, comunicação e segurança (Jardim e Santos, 2016). A intervenção em meio aquático é o resultado da combinação entre objetivos principais de intervenção e os fatores psicomotores (e.g.: equilíbrio, lateralidade, noção espacial e temporal, noção do corpo, reforço da memória e da atenção), não excluindo a criatividade e a componente relacional (Matias, 2005; Varela et al., 2000). A literatura relata um conjunto de benefícios terapêuticos no meio aquático que se estendem a diferentes populações (como a população com DID) e a vários níveis como o social – aumento da autonomia e da inclusão; fisiológicos – exploração dos limites articulares, controlo do movimento voluntário e melhoria da condição física; psicológico – redução da ansiedade, promoção de competências como a autoconfiança, comunicação, capacidades de aprendizagem, descoberta e concentração; e psicomotor – reeducar o equilíbrio, a coordenação motora, o esquema corporal e o tónus muscular e desenvolver o potencia funcional da pessoa (Fonseca, 1976, Freitas e Silva, 2010).

A adaptação ao meio aquático permite à pessoa a tomada de consciência do esquema corporal, que contribui para a elaboração do movimento, antes da sua execução, dando a possibilidade de o integrar, controlar e corrigir (Fonseca, 1976). Este meio permite também trabalhar o equilíbrio, considerado uma competência fundamental da autonomia motora. O controlo respiratório é também uma competência desenvolvida no meio aquático que garante um maior sentido de segurança (Fonseca, 1976). Estes esquemas motores são testados na água em situações como a imersão devido à instabilidade criada pelo meio (Aquatic Exercise Association, 2008).

Na intervenção, o psicomotricista deve considerar a individualidade dos clientes, de modo que as suas competências possam ser melhoradas, enquanto minimiza as suas dificuldades, promovendo a autonomia e a comunicação, e reduzindo sentimentos de ansiedade. Assim, Freitas e Silva (2010) distinguem três fases da adaptação ao meio

aquático: (1) destacando a componente lúdica, criar situações de adaptação e segurança no contacto com o meio aquático; (2) o aumento da autonomia permite a aprendizagem de competências relativas ao meio aquático (e.g: equilíbrio, respiração, propulsão, noção de profundidade); e (3) a consolidação das competências descritas permite a evolução para a aprendizagem de técnicas de natação e mergulho.

Os aspetos referidos nesta componente teórica foram tidos em conta no decorrer no estágio ao nível dos comportamentos e funcionalidade dos clientes bem como os seus interesses, capacidades e necessidades de modo que a intervenção tivesse os melhores resultados dentro do possível.

## **II Realização da Prática Profissional**

De seguida, é apresentada a componente prática do relatório onde é feita a descrição da organização do estágio, iniciando-se por uma descrição sumária dos horários, casos, contextos de intervenção e atividades que a estagiária participou, individual e grupal. A intervenção com o estudo de caso (a C.), mais detalhada, pretende ser um reflexo de toda a intervenção que a estagiária assumiu com os outros casos. Neste âmbito, serão apresentados e caracterizados os principais procedimentos que acabaram por ser generalizados a toda a atividade: seleção do caso (e as suas razões), protocolo de avaliação (o instrumento foi aplicado em dois momentos distintos – antes e após a intervenção) onde se explica porquê e qual o instrumento utilizado (na instituição), os procedimentos (éticos, aplicativos e de análise dos dados), a forma como os resultados iniciais permitiram identificar o perfil da C. e o planeamento de uma intervenção mais ajustada às necessidades e interesses/motivações da C. As sessões e alguns exemplos de planeamentos serão apresentados neste âmbito. Finalmente, a interpretação e a discussão dos resultados pela comparação dos dados pré-pós.

### **II.1 Descrição e organização do estágio**

No dia 18 de maio de 2021, a estagiária iniciou o contacto com a instituição por meio de e-mail de modo a marcar uma reunião com a direção para averiguar a possibilidade de realizar o estágio curricular. A reunião presencial decorreu do dia 2 de julho de 2021 com a diretora geral da Cercizimbra e a então diretora técnica, onde debateram que técnico seria mais adequado para orientar a estagiária durante o período do estágio.

O estágio teve início no dia 28 de outubro e terminou no dia 10 de junho 2022. Numa fase inicial a estagiária não tinha um horário de atividades fixo, tendo abertura para observar as diferentes atividades da instituição, nomeadamente, reabilitação, cidadania, jardinagem, serviços gerais, basquetebol, polybat, motricidade, barro, caminhada sobre rodas, natação, 5 sentidos e dança. Acrescenta-se ainda outro tipo de atividades acessórias como o apoio nos balneários (vestir, despir e banhos), refeições (dar almoços e lanches aos clientes). Após algumas semanas a estagiária foi desafiada a assumir pontualmente algumas atividades da parte da tarde, sobretudo a motricidade. Devido à situação pandémica as atividades de natação só tiveram início no mês de março, onde a estagiária fez a sua intervenção.

## II.2 Calendarização das atividades de estágio

Tal como referido, o estágio teve início formal no dia 28 de outubro de 2021 e término no dia 9 de junho de 2022, o horário da estagiária até fevereiro é descrito na tabela 1.

Tabela 1 - Horário de atividades até fevereiro de 2022

Horário	3.ª feira	5.ª feira	6.ª feira
9:30 - 12h	Reabilitação	Motricidade	Motricidade
12h - 14h	Almoço	Almoço	Almoço
14h -16h	Motricidade	Caminhada	Caminhada

A partir de março de 2022 o horário da estagiária sofreu alterações com a abertura da piscina municipal, pelo que houve necessidade de adaptar o horário (tabela 2).

Tabela 2 - Horário de atividades a partir de março de 2022

Horário	3.ª feira	5.ª feira	6.ª feira
9:30 - 12h	Reabilitação	Reabilitação	5 sentidos
12h - 14h	Almoço	Almoço	Almoço
14h -16h	Natação	Natação	5 sentidos

Ao longo do ano letivo, foi possível desenvolver o papel de psicomotricista em vários contextos:

## II.3 Contextos de Intervenção

### II.3.1 Meio Aquático

O grupo da natação era dividido em dois subgrupos: natação competitiva e o grupo de intervenção em meio aquático, onde a estagiária estava inserida. As sessões em meio aquático eram orientadas pelo educador sócio profissional (ESP) e pelo técnico de reabilitação (TR) com o apoio de uma monitora. A estagiária acompanhou as primeiras sessões, assumindo um papel de apoio e de observação passando, posteriormente a planeá-las e a orientá-las com o apoio da equipa já mencionada. As sessões decorriam na piscina municipal de Sesimbra. As sessões eram dinamizadas em grupo, mas as tarefas eram sempre adaptadas a cada cliente tendo em conta as suas capacidades, devido à heterogeneidade dos grupos. Estas sessões tinham uma duração média de 50 minutos divididos em três partes: Ativação (5-10 minutos), uma ativação geral dos principais grupos musculares, realizada fora de água com o grupo da natação; corpo da sessão (20-30 minutos), com atividades de desenvolvimento de competências no meio aquático incluindo o controlo respiratório, coordenação dos membros superiores e inferiores, e iniciação a estilos de natação; e o retorno à calma (5-10 minutos) com atividades de relaxação

muscular e equilíbrio horizontal. Neste contexto, a estagiária desenvolveu a atividade com dois grupos:

- Grupo 1 (3.<sup>a</sup> feira, 14h10-15h00): constituído por seis clientes, cinco do género masculino e uma do género feminino. O trabalho desenvolvido com este grupo estava relacionado com o aumento da autonomia no meio aquático e/ou a sua estabilização devido ao avanço da idade de alguns clientes. Para tal, a intervenção incluía alguns deslocamentos em decúbito ventral com apoio de pranchas e batimento alternado das pernas, bem como tarefas de controlo respiratório (imersões); e
- Grupo 2 (5.<sup>a</sup> feira, 14h10-15h00): constituído por sete clientes, três do género masculino e quatro do género feminino. O grupo apresentava maior dependência sendo trabalho realizado mais direcionado sobretudo para a manutenção das capacidades, tendo em conta as características dos clientes, não deixando para trás as possibilidades de evolução que pudessem apresentar. Neste grupo inseria-se o estudo de caso da estagiária, pelo que foi dado um acompanhamento mais individualizado, devido sobretudo às suas necessidades. As atividades realizadas nas sessões passaram pelo controlo respiratório, deslocações horizontais e em apoio bípede e por tarefas de cooperação do grupo (e.g.: empurrar uma bola até ao colega, utilizando as mãos).

### **II.3.2 Reabilitação**

A atividade de reabilitação ocorria no horário da manhã, na sala da reabilitação do CACI, direcionada a clientes mais dependentes, sobretudo os que se deslocavam em cadeiras de rodas ou com dificuldades na marcha (apoio de andarilhos). Esta atividade serviu sobretudo para tirar os clientes das cadeiras de rodas, posicioná-los horizontalmente e fazer mobilizações articulares de modo a relaxar os grupos musculares com apoio de calores e reduzir a espasticidade. A estagiária interveio com dois grupos:

- Grupo 3 (3.<sup>a</sup> feira, 9h30-12h00): constituído por nove clientes dos quais três do género masculino e seis do género feminino. Dos nove quatro são utilizadores de cadeira de rodas, três utilizam andarilho e os restantes dois apresentam dificuldades na marcha, mas não utilizam apoio. Devido a esta heterogeneidade do grupo, as tarefas variavam de pessoa para pessoa. Como referido anteriormente, os clientes que utilizam cadeira de rodas são colocados em colchões com o auxílio de elevadores. Os restantes clientes realizavam tarefas de marcha através de percursos construídos na sala ou com apoio de máquinas (passadeira, bicicleta, pedais), ou tarefas de motricidade e coordenação, tendo em conta as suas características e necessidades; e
- Grupo 4 (5.<sup>a</sup> feira, 9h30-12h00): constituído por oito clientes dos quais, três do género masculino e cinco do género feminino. Este grupo é muito semelhante ao

de terça-feira, havendo quatro clientes em cadeira de rodas, dois que utilizavam o andarilho e dois que não utilizavam qualquer tipo de apoio para a marcha. As atividades realizadas com este grupo são idênticas ao grupo mencionado anteriormente.

### II.3.3 5 Sentidos

A atividade dos 5 sentidos foi colocada em prática em fevereiro de 2022, sendo uma atividade direcionada para a estimulação sensorial através de atividades lúdicas e tarefas do cotidiano da instituição, e decorria na sala junto do ginásio. Outros dois grupos eram apoiados pela estagiária:

- Grupo 5 (6.<sup>a</sup> feira, 9h30-12h00): constituído por 12 clientes dos quais quatro do género masculino e oito do género feminino. Devido ao elevado número de clientes e à sua heterogeneidade, era costume dividir o grupo em dois subgrupos e realizar diferentes atividades. Geralmente havia um grupo que ajudava na costura e remendo de babetes (dar os tecidos, cortar a linha) e o outro grupo ajudava no empacotamento de peças de barros ou tinha atividades de motricidade no ginásio; e
- Grupo 5 (6.<sup>a</sup> feira, 14h-16h00): constituído por 11 clientes dos quais cinco do género masculino e seis do género feminino. No grupo da tarde as atividades foram mais direcionadas para a expressão artística e para estimulação sensorial com recursos a materiais do dia a dia (farinha Maizena, construção de instrumentos musicais, pintura, construção de decorações, elaboração de biscoitos).

### II.4 Caso e grupo de intervenção

A estagiária realizou uma intervenção direta com um grupo de sete clientes, três do género masculino e quatro do género feminino, no contexto de meio aquático.

Tabela 3 - Caracterização do grupo de intervenção em meio aquático.

Grupo	Clientes	Idade	Género	Diagnóstico
Natação 5. <sup>a</sup> feira (14h10-15h00)	A.T.	42	F	
	T.R.	55	F	DID, epilepsia DID
	E.	51	M	PC, epilepsia X-frágil
	N.	25	M	PC, epilepsia
	C.P.	52	F	
	C.	52	F	DID, DMS
	J.M	56	M	Trissomia 21

Durante a observação e intervenção a estagiária tomou atenção não só às estratégias e apoios individuais que cada cliente necessitava, mas também às interações e dinâmicas do grupo. Um dos facilitadores da intervenção, quer grupal quer ao nível individual, e fatores positivos do trabalho com esta população, são as relações

interpessoais que o grupo estabelece entre si num sentido cooperativo e motivacional de superação de obstáculos e reforço positivo partilhado durante as sessões (Carter et al., 2012). No período de observação e intervenção foi crucial a adequação da postura e linguagem por parte da estagiária (e.g.: decomposição de tarefas, utilização de frases curtas, demonstração e acompanhamento na realização de tarefas) (Sanches, 2011) bem como a utilização de conteúdos adequados à idade dos clientes, evitando uma infantilização dos mesmos e procurando enaltecer as suas capacidades através de reforço positivo (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b). Tendo em conta a procura de evolução de capacidades é de salientar que as sessões foram programadas tendo em conta as necessidades dos clientes e as competências já adquiridas, promovendo sobretudo uma consolidação das mesmas (Sanches, 2011), sob os objetivos institucionais.

Considerando as características do grupo nomeadamente, a sua idade e as necessidades de apoio, a intervenção foi direcionada para a manutenção das capacidades de equilíbrio, mobilidade e movimentação no espaço, autonomias na higiene e autonomias no vestuário. Tendo em conta o tempo reduzido de intervenção, salientam-se pequenas melhorias ao nível das autonomias no balneário (higiene e vestuário) sobretudo em termos de eficiência no sentido em que o tempo no balneário foi reduzindo. Foram também notadas melhorias no controlo respiratório dentro da piscina (maior capacidade aeróbia) e imersões mais profundas.

Em seguida, e para uma compreensão mais aprofundada da intervenção da estagiária em meio aquático, será apresentado o estudo de caso de forma mais pormenorizada. A eleição do estudo de caso foi discutida com a orientadora local, visto ter um melhor conhecimento dos clientes, e onde se analisou quem beneficiaria mais de uma intervenção individualizada. Assim, em concordância entre todas as partes definiu-se a C. como estudo de caso da estagiária. O facto de a cliente ter chegado à instituição um mês depois do início do estágio, foi visto como uma oportunidade de a ficar a conhecer melhor a nível das suas capacidades e necessidades e sobretudo enquanto indivíduo.

## **II.5 Estudo de Caso**

### **II.5.1 A C.**

A C. é uma senhora de 52 anos, de baixa estatura, cabelo castanho-claro, assim como os seus olhos e um riso contagiante. Tem um diagnóstico clínico de Distrofia Miotónica de Steinert em comorbilidade com a DID, à semelhança de outros familiares próximos. Nas interações costuma ser mais reservada, no entanto não apresenta dificuldades em

estabelecer relações com os pares e com os colaboradores, apesar de ter chegado à instituição em novembro de 2021. A C. é uma boa ouvinte, gosta de rir e de atividades que não requeiram muito dispêndio energético, à exceção das atividades de piscina. É uma pessoa bem-disposta e calma que gosta de dar a sua opinião quando tem a oportunidade. É autónoma na grande maioria das atividades de vida diária, no entanto não dispensa supervisão e/ou apoio em algumas delas. No CACI, além da piscina costuma participar em atividades como o barro, os serviços gerais, cozinha, cidadania e reabilitação, sendo a sua preferida a piscina.

### **II.5.2 Processo de avaliação**

O processo de avaliação iniciou-se no final do mês de outubro de 2021 através de uma observação informal dos clientes do CACI nos diferentes contextos e atividades. A observação de carácter informal, foi realizada entre outubro de 2021 e junho de 2022, de forma participada nas atividades de natação, reabilitação, 5 sentidos e nos tempos de pausa/lazer da instituição (horas de refeições). A partir desta observação foi possível estabelecer relações no âmbito da empatia com os clientes, ficando a conhecer os seus gostos, capacidades e necessidades, bem como determinar, de forma informal, as suas áreas fortes e áreas a trabalhar. A avaliação foi realizada por meio de um instrumento de avaliação utilizado e construído pela instituição direcionado para a área motora e da autonomia.

### **II.5.3 Instrumento**

O instrumento de avaliação motora e de autonomia é um instrumento construído pela instituição, desenvolvido para avaliar os clientes do CACI da Cercizimbra, tendo como base a Bateria Psicomotora desenvolvida em 1975, de Vítor da Fonseca (Fonseca, 2010a). Este instrumento é constituído por duas versões (A e B) concebidas em função das características individuais dos clientes. A versão A destinasse aos clientes com dificuldades e apoios de locomoção, e a versão B para os restantes clientes. A C. foi avaliada pela versão B, constituída por 7 domínios: Tónus, Equilíbrio e Locomoção, Motricidade, Lateralidade, Estruturação Espacial e Estruturação Temporal, Força e Resistência. A cotação das tarefas é feita numa escala de 1 a 4 sendo: (1) – Compreende, mas não consegue realizar por dificuldades motor; (2) – Compreende, mas executa de forma rudimentar; (3) – Compreende e executa de forma funcional, mas não demonstra domínio total da tarefa solicitada; (4) – Compreende e executa demonstrando o domínio total da tarefa e realiza-a de forma funcional. Desta forma, as tarefas são:

- **Tónus:** A tonicidade é avaliada através da observação direta do cliente e cotada numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a uma hipotonia, 5 à eutonia, e 10 a uma hipertonia;
- **Equilíbrio e Locomoção:** Este domínio é composto pelos subdomínios: (O *Equilíbrio Estático* é avaliado em duas tarefas com duração de 20 segundos e são permitidas duas tentativas em cada uma das tarefas. Durante a realização da tarefa, o cliente deve apoiar as mãos nos quadris, evitando movimentos compensatórios dos braços. A primeira tarefa é o apoio retilíneo onde o cliente deve colocar um pé imediatamente em frente ao outro, existindo contacto entre o calcanhar e a ponta do pé contrário, mantendo a posição consoante as indicações descritas ao início. a cotação deste item situa-se entre 1 a 4: (1) se o cliente se mantiver em equilíbrio menos de 10 segundos, ou se não realiza tentativas, ou se apresentar sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos bem marcados, permanentes reequilibrações, quedas; movimentos de compensação das mãos contínuos; (2) se o cliente se mantiver em equilíbrio entre 10-15 segundos, revelando dificuldades de controlo e disfunções vestibulares e cerebelosas, frequentes movimentos associados; (3) se o cliente se mantiver em equilíbrio entre 15-20 segundos, revelando controlo postural adequado, com pequenos ajustamentos posturais e ligeiras sincinésias oro-bocais, gesticulações e oscilações; (4) se o cliente se mantiver em equilíbrio durante 20 segundos, revelando um controlo postural perfeito e preciso, admitem-se ajustamentos posturais quase impercetíveis, as mãos não devem sair da sua posição nos quadris. A segunda tarefa deste subdomínio é o apoio unipodal, onde é pedido ao cliente que se apoie num pé apenas, fletindo a perna contrária pelo joelho, realizando um ângulo reto. A cotação deste item é idêntica à do item anterior:
- O *Equilíbrio Sentado* é avaliado apenas por um item, onde se pede ao cliente que se sente num banco sem costas, com as mãos na anca, permanecendo 10 segundos e que se volte a levantar autonomamente. A cotação é: (1) Compreende, mas não consegue realizar por défice motor; (2) Senta-se e levanta-se do banco, mas não mantém uma postura adequada; (3) Senta-se e levanta-se do banco e mantém uma postura adequada, por um período máximo entre 5 a 9 segundos; (4) Senta-se e levanta-se do banco e mantém uma postura adequada, por um período máximo de 10 segundos;

- *Equilíbrio dinâmico*: O equilíbrio dinâmico é avaliado em três itens e em cada item são concedidas duas tentativas, sendo iniciados com a colocação das mãos nos quadris, com a finalidade de evitar movimentos compensatórios dos braços:
- No item *Bipodal*, é pedido ao cliente que caminhe em cima de uma linha reta de 3 metros de comprimento, ao nível do solo, de forma que o calcanhar de um pé toque na ponta do pé contrário, mantendo a posição inicial das mãos. A cotação para esta tarefa é feita na escala de 1 a 4 sendo (1) Se o cliente não realiza a tarefa ou se a realiza de forma incompleta e imperfeita, com sinais disfuncionais; (2) Se o cliente realiza a marcha controlada com pausas frequentes, reequilibrações exageradas, quedas e frequentes sinais vestibulares e cerebelosos, movimentos involuntários, desvios frequentes, sincinésias, gesticulações clónicas e frequentes reajustamentos das mãos nos quadris, ou sinais de insegurança gravitacional; (3) Se o cliente realiza a marcha controlada com ocasionais e ligeiras reequilibrações, com ligeiros sinais difusos, sem apresentar qualquer desvio; (4) Se o cliente realiza a marcha controlada em perfeito controlo dinâmico, sem qualquer reequilibração compensatória, realização perfeita, madura e melódica;
- A tarefa de saltos apoio unipodal consiste na realização do percurso mencionado no item anterior, com a alteração que este deve ser feito por meio de saltos em apoio unipodal, cabendo ao avaliador registrar o pé espontaneamente escolhido pelo cliente e que se revele uma realização mais coordenada, equilibrada e eumétrica, mantendo as mãos apoiadas nos quadris. A tarefa deve ser realizada duas vezes, uma com cada pé. A cotação do item é feita na escala de 1 a 4 onde (1) é dado se o cliente não completa os saltos na distância, relevando insegurança gravitacional, sincinésias frequentes, bruscas, rápidas e desequilibradas reequilibrações, movimentos excessivos e sinais óbvios de disfunção vestibular e cerebelosa; (2) o cliente realiza saltos com dismetrias, reequilibrações das mãos, desvios direcionais, variações na amplitude, irregularidades rítmicas, hipotonia generalizada, sincinésias; (3) o cliente realiza saltos com reequilibrações ligeiras e pequenos desvios de direção, revelando um controlo dinâmico adequado, não demonstrando sinais disfuncionais; (4) o cliente realiza os saltos com facilidade, sem reequilibrações nem desvios de direção, evidenciando um controlo dinâmico perfeito, rítmico e preciso.
- O item de saltos a pés juntos consiste na realização do mesmo percurso feito em saltos de pés juntos, com as mãos apoiadas nos quadris e os olhos fechados. A

- cotação inicia-se em (1) - o cliente não realiza a tarefa de olhos fechados, existem quedas, reequilibrações bruscas, desvios direcionais, pressões plantares evidentes, confirmação de disfunções vestibulares e cerebelosas por desarmonias posturais globais e sincinésias; (2) o cliente percorre mais de 2 metros do percurso sem abrir os olhos, fazendo paragens frequentes, rigidez corporal generalizada e hipercontrolo, sugerindo a presença de sinais difusos, insegurança gravitacional; (3) o cliente realiza os saltos de forma controlada, vigiada e moderada com alguns sinais de reequilibração, de bloqueio e de decomposição realçando algumas desmelodias cinestésicas; (4) o cliente realiza a tarefa sem abrir os olhos, evidenciando uma realização dinâmica, regular, rítmica, perfeita e precisa;
- **Escadas:** composto por duas provas - Subir e Descer - com uma duração de 3 minutos e são dadas duas tentativas para a sua realização. O cliente deve estar desprovido de qualquer auxiliar para a realização das tarefas. Na primeira prova, é pedido ao cliente que suba um lanço de escadas com 12 degraus no tempo máximo de 3 minutos, sem depender de qualquer auxiliar sendo a cotação: (1) Compreende, mas não consegue realizar por défice motor; (2) realiza a tarefa de forma correta mas necessita de apoio de outra pessoa e de apoio lateral, corrimão ou muletas, demora mais tempo que o necessário; (3) realiza a tarefa de forma correta e autónoma, mas necessita de apoio lateral, corrimão ou muletas, demora mais tempo que o necessário; (4) Realiza a tarefa de forma correta, em depender de corrimão ou qualquer tipo de apoio (Cercizimbra, 2021). A segunda prova tem a mesma cotação, mas é pedido ao cliente que desça o lanço de escadas, com as mesmas condições referidas anteriormente;
  - **Motricidade:** O quarto domínio é composto por cinco subdomínios: Dissociação segmentar, Motricidade fina, Coordenação oculomanual, Coordenação oculopodal e Dismetria:
  - A *dissociação segmentar* é avaliada numa tarefa onde é pedido ao cliente, na posição de sentado, que realize batimentos com as mãos, em cima de uma mesa, seguindo as seguintes sequências: dois batimentos com a mão direita (MD), dois batimentos com a mão esquerda (ME) (2MD - 2ME); dois batimentos com a mão direita, um batimento com a mão esquerda (2MD - 1ME); um batimento com a mão direita, dois batimentos com a mão esquerda (1MD - 2ME); dois batimentos com a mão direita, três batimentos com a mão esquerda (2MD - 3ME). A cotação segue a escala de 1 a 4 sendo (1) o cliente não realiza nenhuma estrutura sequencial, revelando dispraxias, dismetrias, dissincronias, distonias e disquinésias óbvias ou

- outros sinais de displanificação motora; (2) o cliente realiza uma das quatro estruturas sequenciais, revelando dispraxias, dismetrias, distonias, dissincronias e disquinésias; (3) o cliente realiza duas das quatro estruturas sequenciais revelando planeamento motor e autocontrolo adequados, com sinais disfuncionais indiscerníveis; (4) o cliente realiza três ou quatro estruturas sequenciais, revelando um perfeito planeamento motor e autocontrolo preciso, melódico e eumetria;
- A tarefa da *motricidade fina* tem uma duração máxima de 6 minutos, com dois ensaios onde se deve dar a instrução e demonstração da tarefa. É pedido ao cliente que construa e de seguida desconstrua uma pulseira, utilizando dez clips. A cotação da tarefa é dada segundo os critérios (1) o cliente compõe e decompõe a pulseira em mais de 6 minutos ou e não realiza a tarefa, evidenciando sinais disfuncionais; (2) o cliente compõe e decompõe a pulseira entre 3 e 5 minutos, evidenciando dispraxias, disquinésias, dismetrias, dissincronias e distonias, além de sinais de desatenção visual e hesitação na lateralização; (3) o cliente compõe e decompõe a pulseira entre 2 e 3 minutos, revelando planeamento motor e autocontrolo visuomotor adequados, sem revelar sinais dispráxicos; (4) o cliente compoe e decompõe a pulseira em menos de 2 minutos, revelando planeamento micromotor e autocontrolo visuomotor precisos, melodia cinestésica e eumetria digital;
  - A *coordenação oculomanual* é avaliada pedindo ao cliente que, na posição de pé, lance uma bola de ténis para dentro de um cesto colocado em cima de uma cadeira que dista 2,50m da pessoa. É dada uma tentativa de ensaio seguindo-se 4 tentativas para avaliação. Dá-se a cotação de (1) se o cliente não acerta nenhum lançamento, evidenciando dispraxias, distonias, discronias, disquinésias, sincinésias, hesitações de dominância, reequilibrações ou desorientação espaciotemporal; (2) se o cliente acerta um dos quatro lançamentos, revelando dispraxias, distonias, discronias e disquinésias; (3) se o cliente acertar dois dos quatro lançamentos, revelando planeamento motor e controlo visuomotor adequados, com sinais disfuncionais indiscerníveis; (4) se o cliente acertar três ou quatro lançamentos, revelando planeamento motor e autocontrolo precisos, cm eumetria e melodia cinética;
  - Para avaliar a *coordenação oculopodal*, é pedido ao cliente que, no mesmo local e de pé, pontapeie uma bola de ténis de modo que esta passe entre dois pinos distanciados a 1,5m entre eles e a 2,50m do cliente. Como na tarefa anterior é dada uma tentativa de ensaio e quatro de avaliação sob as mesmas diretrizes de cotação;

- A avaliação da *dismetria* é feita com base no desempenho do cliente nas tarefas anteriores cotando-se (1) se o cliente realiza as tarefas com dismetrias, revelando dispraxias de várias índoles; (2) se o cliente realiza as tarefas com dismetrias, movimentos exagerados e insuficientemente inibidos; (3) se o cliente realiza as tarefas com dismetrias ligeiras; (4) se o cliente realiza as tarefas com movimentos adequados relativamente ao objeto e à distância;
- **Lateralidade:** avaliado segundo duas perspetivas: no próprio e no outro; para avaliar a lateralidade no próprio existem três tarefas: dominância do olho, dominância do ouvido e reconhecimento da esquerda e da direita que permitem averiguar se o cliente tem uma dominância lateral definida; para avaliar a dominância do olho é pedido ao cliente para olhar através de um tubo de papel e depois através de um furo feito no centro de uma folha branca, registando-se o olho preferencial. A dominância do ouvido é avaliada pedindo-se ao cliente que ausculte um relógio de corda e que de seguida simule que está a atender um telefonema, registando-se o ouvido preferencial. Para avaliar o reconhecimento da esquerda e da direita pede-se ao cliente que identifique, no seu próprio corpo, a orelha esquerda, a mão direita, o joelho esquerdo e o pé direito. A avaliação da lateralidade no outro, é feita realizando a tarefa imediatamente anterior com a diferença que o cliente deve identificar os segmentos corporais no corpo do examinador;
- **Estruturação Espacial e Estruturação Temporal:** O 6.º domínio é dividido em duas tarefas: estruturação temporal, pedindo-se ao cliente que, com atenção escute a sequência de batimentos apresentada pelo avaliador e que, de seguida, reproduza a mesma sequência de forma exata e a sua cotação é feita numa escala de 1 a 4 onde é atribuída a cotação de (1) se o cliente reproduz duas das cinco sequências, ou se é incapaz de realizar qualquer delas, revelando nítidas distorções perceptivo-auditivas; (2) se o cliente reproduz três das cinco sequências, revelando irregularidades, alterações de ordem e inversões, demonstrando dificuldades de integração rítmica; (3) se o cliente reproduz quatro das cinco estruturas com uma realização adequada quanto à sequência e à ritmicidade, embora com ligeiras hesitações ou descontrolos psicotónicos; e (4) se o cliente reproduz exatamente todas as estruturas com ritmicidade e o número de batimentos preciso, revelando uma integração auditivo-motora perfeita; e espacial que consiste na realização de um percurso de 3 metros com diferentes cones distribuídos pela sala. É pedido ao cliente, com os olhos fechados, que siga as indicações do avaliador (um passo para a frente, trás, esquerda, direita). A cotação deste item é dada por uma escala de 1

a 4 onde (1) o cliente compreende, mas não consegue realizar por déficit motor; (2) compreende, mas executa de forma rudimentar; (3) compreende e executa de forma funcional, mas não demonstra domínio total da tarefa solicitada; e (4) compreende e executa demonstrando o domínio total da tarefa e realiza-a de forma funcional.

- **Força:** Neste domínio é feita a separação de gênero na tarefa com o objetivo de diferenciar o grau de exigência. Durante o decorrer da tarefa os clientes têm uma banda medidora da frequência cardíaca para ser monitorizada. Aos clientes do gênero masculino é pedido que se coloquem em decúbito ventral, com as pernas em extensão, com as mãos no chão à largura dos ombros e os braços em extensão. Pede-se ao cliente que, com as costas direitas e alinhadas com as pernas desça em flexão até tocar com o peito no chão e, utilizando a força dos braços volte a subir até à posição inicial. O exercício é feito até o cliente não conseguir realizar uma repetição e são contadas o número de repetições. Às clientes do gênero feminino, é pedido que se coloquem em decúbito ventral, com o corpo reto e as pernas unidas. Pede-se que dobrem os joelhos em ângulo reto e que coloquem as mãos no chão ao nível dos ombros. De seguida, as clientes devem erguer o tronco até que haja extensão dos braços e o peso suportado inteiramente pelas mãos e joelhos, devendo o corpo permanecer reto da cabeça aos joelhos, i.e., sem curvar os quadris e as costas. De seguida a cliente deve fletir os braços até que o peito toque no chão. O processo é repetido até à exaustão, contabilizando-se o número de repetições; e
- **Resistência:** pede-se ao cliente que se coloque na passadeira começando por caminhar a uma velocidade baixa e adequada ao cliente, havendo um aumento de velocidade a cada 2 minutos. A tarefa vai até um máximo de 10 minutos ou até o cliente quiser parar. Durante a realização da tarefa o cliente utiliza uma banda medidora da frequência cardíaca para se averiguar máximos e mínimos. No fim é anotado o tempo que o cliente esteve na passadeira e a distância percorrida.

#### **II.5.4 Procedimentos e condições de aplicação**

Uma vez que as avaliações da instituição coincidiram com o início do processo avaliativo da estagiária e os clientes e/ou representantes legais já tinham assinado o consentimento informado da instituição, foi indicado à estagiária que esse procedimento ético estava assegurado na condição de todos os clientes manterem o anonimato no presente relatório sob a forma de Declaração de Compromisso de Honra (Anexo A). A informação foi

maioritariamente recolhida através de questionamento, conversa com a cliente e observação direta. Tendo em conta a extensão e as tarefas do instrumento, a aplicação do mesmo dividiu-se em 3 dias, sendo que as avaliações eram realizadas na parte da manhã (e.g.: as tarefas de força e de resistência eram avaliadas em dias diferentes devido à fatigabilidade dos clientes). Em todas as tarefas era dada a instrução verbal seguida de uma breve demonstração, deixando sempre abertura para dúvidas dos clientes.

### **II.5.5 Avaliação Inicial**

De acordo com o instrumento de avaliação utilizado, onde a pontuação total máxima são 60 pontos, a C., obteve uma pontuação inicial de 34, destacando-se como áreas fortes a lateralidade no seu corpo - com um lado dominante bem definido, a motricidade global - obtendo 3 pontos na dissociação segmentar e na coordenação oculopodal onde obteve a cotação máxima. Ao nível da tonicidade, avaliada por observação, determinou-se que a C. tem um perfil eutónico com tendência para a hipotonia. Relativamente ao equilíbrio estático a C. demonstrou maiores dificuldades no apoio unipodal onde apenas conseguiu manter-se durante 1 segundo, obtendo a cotação mais baixa de 1; em apoio retilíneo a cliente obteve uma cotação de 3 existindo alguns reajustes posturais. No equilíbrio sentado a cliente obteve a cotação máxima (4) não apresentando desequilíbrios e mantendo uma postura adequada, no entanto, repararam-se em dificuldades no ato de levantar, notadas pela velocidade do movimento e pela utilização das mãos contra o banco.

No equilíbrio dinâmico a C. obteve a cotação 2 onde demonstrou dificuldades em executar a tarefa, não devido à falta de compreensão. Quanto aos saltos com apoio unipodal e saltos a pés juntos, a C. revelou dificuldades, não tendo o realizado o último item, obtendo 1 ponto nos dois itens. É no domínio do equilíbrio dinâmico que a cliente começa a expressar alguma frustração por não estar a conseguir executar as tarefas e onde as inseguranças da cliente se tornam evidentes com expressões como “não consigo”. De modo a ajudar a cliente a estagiária assumiu um papel de espelho da cliente, realizando as tarefas depois dela e reforçando o feedback positivo. Nos itens de escadas a C. obteve cotação 1 devido às dificuldades apresentadas nomeadamente a grande necessidade de apoio para subir e descer.

Quanto à motricidade global, a C. obteve uma cotação 3 na dissociação segmentar avaliada por observação de outras tarefas. Na motricidade fina a cliente obteve 1 ao revelar maior dificuldade na decomposição da pulseira. Neste item foi possível apurar que o tipo de pega que a cliente utiliza é «bico de pato». No item da coordenação oculomanual a C. acertou com a bola no cesto duas das quatro vezes obtendo uma cotação 3) não revelando

alguma demora na execução dos lançamentos. Este comportamento manifestou-se também na coordenação oculopodal, porém neste item a cliente acertou todos os lançamentos o que pareceu motivá-la.

No domínio da lateralidade a cliente não revelou hesitações na decisão do lado dominante, no entanto não foi capaz de identificar a esquerda/direita no corpo da estagiária, numa situação de frente-a-frente, assumindo que o seu lado direito estaria de frente para o lado direito da estagiária. No domínio da estruturação espacial e temporal a C. obteve cotação 1 nos dois itens, não tendo sido capaz de reproduzir mais de uma sequência das cinco, nem ter conseguido realizar o percurso. Na tarefa correspondente ao domínio da força, a cliente revelou dificuldades em colocar-se na posição, tendo sido necessário apoio e não realizou qualquer flexão. De notar que este item foi realizado num dia diferente dos itens já enunciados. Por fim, no domínio da resistência, a C. foi capaz de percorrer 112 metros, em caminhada na passadeira, num tempo de 4 minutos e 19 segundos.

### **II.5.6 Plano de Intervenção**

Tendo em conta os resultados e o que já foi observado da C., foi possível identificar como áreas fortes a lateralidade e a motricidade global; já como áreas a desenvolver notou-se o equilíbrio, a estruturação temporal e espacial e a força. Após a avaliação inicial, devido às condições pandémicas, o regresso às atividades de piscina (este seria o contexto previamente planeado para a intervenção) era ainda incerto, acrescentando-se o facto de a piscina municipal ser o posto de vacinação. Durante este período de tempo, as sessões aconteciam no ginásio da instituição ou faziam-se pequenas caminhadas fora da instituição (e.g.: praia de Sesimbra).

Esta incerteza reduziu o tempo de intervenção em meio aquático, contudo permitiu conhecer melhor a cliente e fazer uma observação mais direcionada para as suas capacidades e necessidades, assim como permitiu à estagiária dar um apoio mais adequado à cliente. As atividades em meio aquático tiveram início em março de 2022, contudo devido a faltas da cliente e atividades complementares (Páscoa), a intervenção iniciou-se apenas a 21 de abril de 2022. Neste dia ficou-se a saber que a C. tinha medo, segundo a própria, de entrar dentro de água, ficando sentada na borda da piscina com as pernas dentro de água, pelo que se estabeleceu que seria necessário fazer uma adaptação ao meio aquático, com enfoque na noção corporal da cliente. A C., quando perguntada revelou que gostava de ir à praia e que entrava dentro de água para se molhar. Assim, a estagiária em colaboração com a equipa técnica estabeleceu os objetivos (tabela 4).

Tabela 4 - Objetivos gerais e específicos na intervenção com a C. em meio aquático.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Trabalhar a noção corporal	Molhar segmentos do próprio corpo com apoio verbal; Molhar segmentos do corpo da estagiária com apoio verbal. Realizar movimentos flexão/extensão das pernas nos plano sagital e frontal, com as pernas dentro de água.
Trabalhar o controlo respiratório	Molhar a face autonomamente sem engolir ou inspirar água.
Adquirir conhecimento dos movimentos de propulsão	Realizar o batimento da pernada alternadamente; Realizar o batimento da pernada com as pernas juntas.
Promover movimentos de rotação	Realizar a rotação dos membros superiores em simultâneo; Realizar a rotação dos membros superiores de forma alternada com apoio verbal.
Entrar na água de forma calma	Acordar, planejar e permitir o apoio na entrada para a água.

Tendo por base a informação já descrita foi então possível construir o programa de intervenção psicomotora em meio aquático da C., com as tabelas 5, 6 e 7 a servirem de exemplo. O programa decorreu no período entre abril e junho de 2022 em sessões semanais com duração de 45 a 50 minutos por sessão. As sessões eram compostas por duas partes: aquecimento (5-10 minutos), realizado fora de água em conjunto com o grupo de natação desportiva e que permite uma ativação geral do corpo e conversa inicial; e o corpo da sessão (30-40 minutos) onde são desenvolvidas as atividades planeadas em função dos clientes. Ao longo das semanas as atividades foram complexificadas à medida do sucesso dos clientes na sua realização.

Tabela 5 - Exemplo de atividades da intervenção em meio aquático com a C.

Descrição	Material	T	Objetivos	Estratégias
Perceber a disposição da C antes de iniciar e relembrar o que se fez na sessão anterior.	Nenhum	5'	Trabalhar a memória: A cliente deve ser capaz de nomear pelo menos 2 atividades realizadas na semana anterior com auxílio dos materiais e sem pistas verbais.	Dar pistas através dos materiais
Sentada na borda da piscina, com as pernas na água, é pedido à C que bata as pernas de forma alternada.	Nenhum	10'	Trabalhar a coordenação dos membros inferiores: A cliente deve ser capaz de realizar o batimento da pernada, sentada apoiando as mãos no rebordo da piscina e alternando as pernas durante 30" consecutivos.	Instrução verbal Demonstração Fazer a atividade com a C.
Sentada na borda da piscina, com as pernas na água, é pedido à C que, com as pernas em extensão abra e feche as pernas horizontalmente.	Nenhum	10'	Trabalhar a coordenação dos membros inferiores: A cliente deve ser capaz de realizar flexão e extensão lateral das pernas, em simultâneo, sentada com as mãos apoiadas no rebordo da piscina por 30" consecutivos.	Instrução verbal Demonstração Fazer a atividade com a C.

Descrição	Material	T	Objetivos	Estratégias
Sentada na borda da piscina, com as pernas na água, é pedido à C que molhe o seu rosto utilizando as mãos, seguindo-se as restantes partes do corpo	Nenhum	10'	Trabalhar a noção do corpo: A C. deve ser capaz de molhar o seu rosto, utilizando ambas as mãos para levar a água ao segmento do corpo, de forma autónoma, pelo menos duas vezes consecutivas; A C. deve ser capaz de molhar as partes do corpo indicadas pela estagiária, com as duas mãos e de forma autónoma, duas vezes consecutivas.	Instrução verbal Demonstração Perguntar que partes do corpo faltam molhar Fazer a atividade com a C.
Sentada na borda da piscina, com as pernas na água, é pedido à C que molhe o corpo da estagiária, nomeando as partes que vai molhar	Nenhum	10'	Trabalhar a noção do corpo A cliente deve ser capaz de nomear os segmentos corporais, distinguindo os lados (direita e esquerda), nomeando corretamente três segmentos consecutivos e de forma autónoma.	Instrução verbal Reforço positivo Questionar a cliente em momentos corretivos
Sentada na borda da piscina, com as pernas na água, é pedido à C que atire um dos materiais de piscina para a água e que os apanhe antes que afundem, utilizando os pés ou as mãos.	Argolas Sticks Ovos de piscina	15'	Promover a força e o controlo dos membros superiores: A cliente deve ser capaz de atirar, com uma mão o material de piscina para a sua frente, iniciando o lançamento com o objeto ao nível da orelha e estendendo o antebraço de modo que o objeto ultrapasse a linha dos joelhos. Promover a coordenação oculomanual: A C. deve ser capaz de agarrar, com uma ou duas mãos o objeto lançado, trazendo-o de volta à caixa, de forma autónoma pelo menos 5 vezes consecutivas. Promover a coordenação oculopodal: A C. deve ser capaz de agarrar, com uma ou dois pés o objeto lançado, trazendo-o de volta ao rebordo da piscina e utilizando as mãos para o colocar na caixa, de forma autónoma pelo menos 5 vezes consecutivas.	Instrução verbal Demonstração Fazer a atividade com a C.

Tabela 6 - Plano de sessão da primeira sessão que a C. entrou na piscina

Descrição	Material	T	Objetivos	Estratégias
Com um chouriço ao peito, é pedido à C que caminhe desde a borda da piscina até às boias separadoras da pista e que regresse ao ponto de partida, realizando este percurso várias vezes	1 Chouriço	10'	Promover um sentimento de segurança na cliente; Trabalhar o equilíbrio: A cliente deve ser capaz de realizar o percurso, com apoio da técnica, sem se desequilibrar, 2 vezes consecutivas; A cliente deve ser capaz de realizar o percurso, de forma autónoma, sem parar e sem se desequilibrar, duas vezes consecutivas.	Instrução verbal; Demonstração; Acompanhamento físico; Reforço positivo; Reforçar a ideia de que a cliente está em segurança.
Com um chouriço ao peito, é pedido à C que caminhe desde a borda da piscina até onde se sentir confortável, existindo alteração da profundidade.	1 Chouriço	10'	Trabalhar a estruturação espacial dentro da piscina: A C deve ser capaz de caminhar em linha reta, sem se apoiar à borda da piscina, até ao poste das bandeiras sinalizadoras de aproximação ao fim da pista.	Instrução verbal; Demonstração do percurso; Acompanhamento físico; Reforço positivo.
Com as duas mãos apoiadas na borda da piscina, pede-se à C que salte com os dois pés.	Nenhum	5'	Promover a força nos membros inferiores. Promover um sentimento de segurança na cliente.	Instrução verbal; Demonstração; Reforço positivo.
Junto à borda da piscina, é pedido à C que sobre os ovos que lhe são colocados à frente.	1 Ovo de natação	10'	Trabalhar o controlo respiratório: A C deve ser capaz de realizar uma inspiração forçada pelo nariz, seguindo-se uma expiração pela boca, virando o ovo, pelo menos 3 vezes.	Instrução verbal; Demonstração; Reforço positivo.
Esta atividade é essencialmente a junção da primeira e da terceira atividade. Pede-se à C que percorra a largura da pista, em linha reta e que regresse ao ponto de partida, soprando o ovo de modo que este vire.	1 Ovo de natação	10'	Promover um sentimento de segurança na cliente; Trabalhar o equilíbrio: A cliente deve ser capaz de realizar o percurso, com apoio da técnica, sem se desequilibrar, 2 vezes consecutivas; A cliente deve ser capaz de realizar o percurso, de forma autónoma, sem parar e sem se desequilibrar, duas vezes consecutivas. Trabalhar o controlo respiratório: A C deve ser capaz de realizar uma inspiração forçada pelo nariz, seguindo-se uma expiração pela boca, virando o ovo, pelo menos 3 vezes.	Instrução verbal; Demonstração; Acompanhamento físico; Reforço positivo.

Na sessão apresentada acima, a C. entrou na piscina com apoio da técnica dentro e fora de água, com um chouriço ao peito e por baixo das axilas. Ao entrar na água a cliente estava com as mãos apoiadas nos ombros da estagiária e com as pernas apoiadas nas ancas da mesma. A C. demonstrou alguma agitação após a entrada na água pelo que a estagiária tentou acalmá-la com palavras e permanecendo parada no mesmo sítio demonstrando à cliente que estava em segurança. Após se tranquilizar a C. pediu para

colocar os pés no chão, ficando em apoio bípede sendo a partir daí dar início às atividades planeadas. Durante todo este processo o grupo manteve-se calmo e celebrou este avanço da C. com palavras encorajadoras.

Tabela 7 - Exemplo de atividades realizadas na intervenção em meio aquático com a C e o grupo.

Atividade	Material	T	Objetivos	Estratégias
O grupo coloca-se em roda, de mãos dadas e é instruído para caminhar para o lado direito, sem largar as mãos dos colegas. É depois pedido ao grupo que realize a tarefa para o lado esquerdo.	Nenhum	10'	Promover a cooperação entre o grupo. Integrar a C no grupo e nas suas atividades. Trabalhar a lateralidade. O grupo deve ser capaz de identificar o lado dado na instrução, apontando com uma parte do corpo antes de começar a caminhar.	Instrução verbal; Reforço positivo; Participar na atividade junto da C.
O grupo coloca-se em roda, de mãos dadas e é instruído para caminhar para a frente e para o centro da roda, mantendo as mãos dadas e que, dada a instrução regresse à posição inicial.	Nenhum	5'	Promover a cooperação entre o grupo. Integrar a C no grupo e nas suas atividades. Trabalhar a propriocepção. Os clientes devem ser capazes de caminhar para trás, sem se desequilibrarem e sem olhar para trás, não largando a mão dos colegas.	Instrução verbal; Reforço positivo; Participar na atividade junto da C.
Em roda, pede-se aos clientes que se agachem de modo a imergir o queixo e que soprem a superfície da água.	Nenhum	10'	Trabalhar o equilíbrio; O cliente deve ser capaz de se agachar, fletindo os joelhos até imergir o queixo, sem se desequilibrar e de forma autónoma. Trabalhar o controlo respiratório; O cliente deve ser capaz de realizar um ciclo respiratório, inspirando pelo nariz e expirando pela boca, pelo menos 3x consecutivas, autonomamente.	Instrução verbal; Demonstração; Reforço positivo.
Agora é pedido aos clientes que imergam a face, encostando o queixo ao peito em agachamento tal como atividade prévia.	Nenhum	10'	Trabalhar o controlo respiratório; O cliente deve ser capaz de imergir a face logo após uma inspiração realizada pelo nariz, sustendo a respiração por, pelo menos, 2 segundos e regressando à superfície.	Instrução verbal; Demonstração; Reforço positivo.
É pedido ao grupo que caminhe desde a borda da piscina até às boias separadoras existindo alteração da profundidade.	Nenhum	10'	Trabalhar a estruturação espacial dentro da piscina. A C deve ser capaz de caminhar em linha reta, sem se apoiar à borda da piscina, até ao poste das bandeiras sinalizadoras de aproximação ao fim da pista. O cliente deve ser capaz de caminhar em linha reta, sem apoio até às boias separadoras.	Instrução verbal; Demonstração do percurso; Acompanhamento físico; Reforço positivo.

Os principais desafios na intervenção com a C. passaram pela ausência da cliente nas primeiras semanas depois da abertura da piscina, o que levou à redução do tempo de intervenção, e a falta de segurança que a cliente demonstrava no meio aquático. Assim, para colmatar essa dificuldade, a estagiária interveio individualmente com a C. nas primeiras semanas de modo a tentar perceber melhor o receio que a cliente apresentava e assim poder criar estratégias para que este fosse minimizado. Uma estratégia que a estagiária veio a utilizar foi a preparação durante a semana da cliente para a atividade na

piscina, utilizando os tempos livres/de lazer da instituição (e.g.: hora de almoço) para conversar com a cliente e combinar com ela o dia que iria entrar na água, assegurando-a sempre do apoio que iria ter para que se sentisse confortável. Assim e graças à sua disponibilidade e confiança da C. na estagiária foi possível ambas chegarem a um acordo e cumpri-lo. O reforço positivo foi uma estratégia facilitadora na medida em que motivava o grupo nas tarefas e, no caso da C. aumentava a sua segurança no meio aquático.

Após a implementação do programa de intervenção foi realizada a avaliação final com o instrumento descrito anteriormente. De seguida são apresentados os resultados da mesma juntamente com a sua discussão.

### **II.5.7 Avaliação final e discussão**

Numa tentativa de analisar o progresso da C. após a implementação do programa de intervenção, foi novamente aplicado o instrumento de avaliação motora e autonomia da Cercizimbra, com as mesmas condições de aplicação descritas na avaliação inicial. Revelando os resultados apresentados na tabela 8.

Como se pode observar, os resultados obtidos são muito semelhantes aos da avaliação inicial em termos quantitativos, sendo um facto expectável tendo em conta o reduzido período de intervenção. Ao nível do equilíbrio a C. foi avaliada com a mesma cotação, no entanto parece ter havido ligeiras melhorias qualitativas no que toca ao planeamento da ação e à confiança da cliente, que não demonstrou tanto receio como na avaliação inicial.

Esta mudança de atitude pode estar relacionada com a ida frequente à piscina uma vez que este meio proporciona uma reeducação do esquema corporal, do equilíbrio e de questões como a autonomia e autoestima (Fonseca, 1976; Freitas e Silva, 2010). O meio aquático e o apoio técnico permitiram à cliente realizar tarefas como saltos a pés juntos e em apoio unipodal em segurança, evidenciando uma vez mais os benefícios que este meio traz a quem o utiliza (Freitas e Silva, 2010).

De uma forma sumária, todos os itens estão interligados naquilo que é o corpo humano como um todo (Fonseca, 2010b), no entanto, pela observação direta é possível entender como a força e a fatigabilidade da cliente têm um impacto significativo na sua vida diária.

Tabela 8 - Resultados da avaliação final da C.

<b>Tonicidade</b>	<b>Cotação</b>	<b>Cotação máxima</b>	<b>Cotação Final</b>
Tonicidade	5	10	5
<b>Equilíbrio Estático</b>			
Apoio retilíneo	3	4	3
Apoio unipodal	1	4	1
Equilíbrio sentado	4	4	4
<b>Equilíbrio Dinâmico</b>			
Bipodal	2	4	2
Saltos com apoio unipodal	1	4	1
Saltos a pés juntos	1	4	1
<b>Equilíbrio Dinâmico</b>			
Subir	1	4	1
Descer	1	4	1
<b>Motricidade Global</b>			
Dissociação segmentar	3	4	3
<b>Motricidade Fina e Coordenação Óculo-Manual</b>			
Motricidade fina	1	4	1
Coordenação óculo-manual	3	4	3
Coordenação óculo-podal	4	4	4
Dismetria	3	4	3
<b>Lateralidade no próprio</b>			
Ocular	D		D
Auditiva	D		D
Manual	D		D
Podal	D		D
<b>Lateralidade no outro</b>			
Reconhecimento	Não		Não
<b>Estruturação Temporal e Espacial</b>			
Noção rítmica	1	4	1
Noção espacial	1	4	1
<b>Força</b>			
Nº Flexão de braços	0		0
<b>Resistência</b>			
Tempo	4'19		4'38"
Distância	112m		115m
<b>Total</b>	<b>34</b>		<b>34</b>

Estes dois fatores, característicos do seu diagnóstico clínico (Gutiérrez et al., 2020) parecem pesar sobre outros fatores como a motricidade e principalmente o equilíbrio, visto que este domínio requer uma contração controlada dos grupos musculares assumindo uma tonicidade que compense a ação gravítica (Fonseca, 2010a). Apesar do controlo postural exigir um baixo dispêndio energético (Fonseca, 2010a), ações como saltos (equilíbrio dinâmico) ou permanecer em apoio unipodal (equilíbrio estático) requerem, segundo a C., e do ponto de vista da observação direta, um esforço acrescido e talvez explique questões de fatigabilidade.

Ao nível da motricidade os resultados obtidos são idênticos aos iniciais, porém a C., evidenciou algum progresso em termos qualitativos ao nível da coordenação no meio aquático com movimentos mais harmoniosos, precisos e eficientes, talvez explicados por um reconhecimento do esquema corporal que permite um maior controlo dos movimentos (Fonseca, 1976; Freitas e Silva, 2010). Relativamente à lateralidade, esta confirma-se estar bem definida visto que a C. não hesitou na pega de nenhum objeto ou na utilização dos membros inferiores. Contudo o reconhecimento da lateralidade no outro continua a ser uma área a ser trabalhada visto ter influência noutras áreas como a estruturação espacial e temporal (Fonseca, 2010), podendo ser parte do motivo pelo qual a C. obteve cotações mais baixas. Por fim, o domínio da resistência apresenta resultados superiores aos da avaliação inicial podendo este feito estar relacionado com a questão do sono, muitas vezes levanta pela C. e também característico do diagnóstico de distrofia miotónica de Steinert, que pode também influencia a questão da fatigabilidade (Gutiérrez et al., 2020).

Em suma, o presente relatório foca a intervenção com a C., no entanto é de referir que as sessões foram realizadas com um grupo já previamente definido pela instituição. Embora o processo de intervenção tenha sido realizado em torno da C., as sessões foram planeadas e realizadas tendo em consideração os restantes clientes do grupo, as suas capacidades e necessidades. Quando necessário, as atividades foram adaptadas a cada cliente, atendendo à heterogeneidade do grupo, tentando sempre promover as suas capacidades não descurando as suas necessidades, num ambiente de cooperação e entreajuda entre o grupo e a equipa técnica. A intervenção parece ter trazido alguns benefícios à C., contudo não é possível quantificar e/ou confirmar o transfer de competências do meio aquático para o terrestre, não só pelo curto período de intervenção como também pela adequação do instrumento de avaliação utilizado. Torna-se assim urgente a sensibilização nas instituições para uma avaliação e intervenção centrada nos clientes, com materiais e instrumentos fiáveis e que atendam à faixa etária dos clientes e à sua vida diária.

Além das atividades estabelecidas no horário e da intervenção a estagiária participou ainda em atividades pontuais de épocas festivas, onde a interação com os clientes teve um caráter mais informal e recreativo, permitindo também uma maior abertura de ambas as partes para se conhecerem melhor, descritas no título que se segue.

## **II.6 Atividades Complementares**

Além da intervenção em meio aquático e das restantes atividades que a estagiária participou no decorrer do estágio, houve ainda outras atividades pontuais que a estagiária teve a oportunidade de observar e participar nomeadamente:

- **Magusto do CACI da Cercizimbra:** no dia 11 de novembro de 2021 celebrou-se o magusto no CACI da Cercizimbra. Houve animação do grupo de teatro na parte da manhã com uma peça preparada e encenada por estes, seguido de um almoço de convívio no espaço exterior da instituição que se prolongou até à hora do lanche. Neste dia a estagiária ajudou na preparação do espaço exterior assim como a servir às mesas, sendo esta uma oportunidade para ficar a conhecer e interagir com todos os clientes do CACI e com a equipa técnica.
- **Festa de Natal do CACI da Cercizimbra:** no dia 22 de dezembro de 2021 realizou-se a festa de Natal no CACI da Cercizimbra. Na parte da manhã houve a entrega de presentes por parte de figuras alusivas a esta época festiva, seguindo-se o almoço natalício, de convívio, com um menu típico da época que, à semelhança do magusto, se estendeu até à hora do lanche. Neste dia a estagiária ajudou na organização e distribuição dos presentes pelos clientes, assim como deu apoio no almoço.
- **Peddypaper de Páscoa:** No dia 7 de abril de 2022, em colaboração com o SPOT Jovem, pertencente à unidade de desporto e juventude da câmara municipal de Sesimbra, realizou-se um peddypaper no Parque Augusto Pólvora, na Maçã. Para o peddypaper, os clientes e a equipa técnica foram separados em equipas tendo cada uma um mapa do parque com estações assinaladas. As atividades das estações foram organizadas pela equipa do SPOT Jovem. O peddypaper teve lugar na parte da manhã, seguido por um almoço de convívio no parque que se estendeu até à hora de voltar para o CACI para o lanche. Neste dia a estagiária esteve integrada numa equipa do peddypaper e prestou apoio no almoço.
- **A Quinta na Moagem:** Nos dias 27, 28 e 29 de maio de 2022, a Cercizimbra esteve presente no evento «A Quinta na Moagem» na Moagem de Sampaio com uma

banca de vendas de produtos criados na instituição. A estagiária deu o seu contributo na banca no dia 28, turno em que se inscreveu. As vendas eram realizadas maioritariamente pelos clientes do CACI, no entanto a gestão do dinheiro era feita pelos colaboradores.

## **Conclusão**

O presente relatório incide na descrição da experiência de estágio por parte da estagiária ao longo do ano, tendo por base os conhecimentos teóricos descritos na primeira parte do relatório e a sua aplicabilidade no contexto institucional com pessoas com DID. O enquadramento teórico teve a sua relevância no que toca a um melhor entendimento das condições descritas (DID e distrofia miotónica de Steinert) e da forma como estas se manifestam na pessoa, no entanto é de salientar as individualidades de cada cliente, que os tornam eles próprios, não podendo ser restringidos ao seu diagnóstico clínico.

A relação entre a teoria e a prática, possível através do estágio, veio a contribuir de forma significativa para a formação académica e prática da estagiária no contexto institucional, mostrando o papel que a avaliação tem no trabalho de intervenção, neste caso, intervenção psicomotora. A organização do estudo de caso veio a relevar-se como uma experiência positiva em termos pessoais e profissionais no sentido de aprendizagem, superação de dificuldades/desafios e estabelecimento de uma relação empática e de confiança com a C., que permitiu um trabalho de colaboração entre as duas partes de modo a tentar atingir os melhores resultados, considerando o tempo de intervenção.

Um dos grandes desafios encontrados no estágio foi a adaptabilidade das atividades propostas pela estagiária aos diferentes casos com quem teve a oportunidade de intervir, tendo em conta a heterogeneidade dos grupos ao nível de preferências e motivações, bem como capacidades e necessidades. Em termos de vivências na instituição a estagiária deparou-se com um ambiente de reorganização da instituição devido à recente entrada de membros na equipa técnica e da alteração da legislação no âmbito de CACI, antigo Centro de Atividade Ocupacionais, somando-se ainda surtos de covid-19 que afetaram todas as pessoas do CACI (clientes e colaboradores) obrigando ao encerramento temporário da resposta social e, conseqüentemente, à redução do tempo de intervenção.

Os contratemplos descritos, acabaram por ser experiências formativas que permitiram à estagiária ter um melhor conhecimento da organização e trabalho desenvolvido no contexto institucional, assim como ter uma perspetiva mais abrangente do trabalho de um técnico numa instituição como a Cercizimbra, seja em termos de trabalho administrativo e organização como de cuidado dos clientes, privilegiando sempre o bem-estar dos mesmos. O estágio trouxe também uma perspetiva mais abrangente do trabalho em equipa, que não se estende apenas aos técnicos, mas também às/aos monitoras/es, que acabam por ter conhecimentos práticos dos clientes devido aos anos de trabalho na

instituição que se revelaram uma mais-valia, tendo em conta a recente alteração na equipa técnica.

Como limitações no decorrer do estágio aponta-se o instrumento de avaliação utilizado, que acabou por se mostrar não ser o mais adequado ao contexto de intervenção, ainda incerto na altura da avaliação inicial e o estabelecimento tardio do horário de estágio que levou a uma limitação na seleção dos grupos de intervenção.

Concluindo, o Ramos de Aprofundamento de Competências Profissionais trouxe à estagiária uma experiência de crescimento pessoal e profissional, incluindo novas aprendizagens, desafios e momentos de superação no mundo profissional.

## Referências

- Adams, D. e Oliver, C. (2011). The expression and assessment of emoticons 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>.
- Alloway, T. (2009). Working memory, but not IQ, predicts subsequent learning in children with learning difficulties. *European Journal of Psychological Assessment*, 25 (2), 92-98. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.25.2.92>
- Alloway, T. (2010). Working memory and executive function profiles of individuals with borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 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*. 5<sup>th</sup> Edition. American Psychiatric Association.
- Aquatic Exercise Association [AEA] (2008). *Manual do profissional de fitness aquático*. Aquatic Exercise Association. Editora Shape.
- 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
- Best, J. e Miller, P. (2010). A developmental perspective on executive function. *Child Development*, 81(6), 1641-1660. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01499.x>
- Blasi, F., Elia, F., Buono, S., Ramakers, G e Nuovo, S. (2007). Relationships between visual-motor and cognitive abilities in intellectual disabilities. *Perceptual and Motor Skills*. 104: 763-772. doi: 10.2466/PMS.104.3.763-772.
- 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, 198-206. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.008>
- Bugiardini, E., Meola, G. (2014). Consensus on cerebral involvement in myotonic dystrophy. *Neuromuscular Disorders*, 24(5), 445-452. <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2014.01.013>
- Buntinx, W., e Schalock, R. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x>
- Cameron, C., Brock, L., Murrah, W., Bell, L., Worzalla, S., Grissmer, D., e Morrison, F.. (2012). Fine motor skills and executive function both contribute to kindergarten achievement. *Child Development*, 83(4), 1229–1244. doi: 10.1111/j.14678624.2012.01768.x
- Carlier, M., Stefanini, S., Deruelle, C., Volterra, V., Doyen, A-L., Lamard, C., Portzamparc, 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?. *Behaviour Genetics*. 36(3), 365-376. <https://doi.org/10.1007/s10519-006-9048-9>.
- Carlin, M. (2012). Enhancing Cognitive Performances of Individuals with Intellectual Disabilities: A Human Factors Approach. In U. Tan (ed.). *Latest Findings in Intellectual and Developmental Disabilities Research*, 77-102. Croácia: InTech.

- Carter, E., Brock, M. e Trainor, A. (2014). Transition assessment and planning for youth with severe intellectual and developmental disabilities. *The Journal of Special Education*, 47(4), 245-255. [https://doi.org/ 10.1177/0022466912456241](https://doi.org/10.1177/0022466912456241)
- Carter, E., Boehm, T., Biggs, E., Annandale, N., Taylor, C., Looock, A., e 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>
- Carter, E. e Hughes, C. (2005). Increasing social interaction among adolescents with intellectual disabilities and their general education peers: Effective interventions. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(4), 179-193. <https://doi.org/10.2511/rpsd.30.4.179>.
- Casady, R., Nichols-Larsen, D. (2004). The effect of hippotherapy on tem children with cerebral palsy. *Pediatric Pshysical Therapy*, 16(3), 165-172. <https://doi.org/10.1097/01.PEP.0000136003.15233.0C>
- Carter, E., Brock, M. e Trainor, A. (2012). Transition assessment and planning for youth with severe intellectual and developmental disabilities. *The Journal of Special Education*, 47(4), 245-255. <https://doi.org/10.1177/0022466912456241>
- Cercizimbra (2021a). *Sobre nós*, pesquisa feita a 30 outubro de 2022 e disponível em <https://cercizimbra.org.pt/sobre-nos/>
- Cercizimbra (2021b). *Intervenção Precoce*, feita a 30 outubro de 2022 e disponível em <https://cercizimbra.org.pt/intervencao-precoce/>
- Cercizimbra (2021c). *Creche e Pré-escolar*, feita a 30 de outubro de 2022 e disponível em <https://cercizimbra.org.pt/creche-e-pre-escolar-3/>
- Cercizimbra (2021d). *Centro de Recursos para a Inclusão*, feita a 30 de outubro de 2022 e disponível em <https://cercizimbra.org.pt/centro-de-recursos-para-a-inclusao/>
- Cercizimbra (2021e). *Centro de Animação para a Infância*, feita a 30 de outubro de 2022 e disponível em <https://cercizimbra.org.pt/centro-de-apoio-para-a-infancia/>
- Cercizimbra (2021f). *Centro de Reabilitação Profissional*, feita a 30 de outubro de 2022 e disponível em <https://cercizimbra.org.pt/centro-de-reabilitacao-profissional-dacercizimbra/>
- Cercizimbra (2021g). *Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão*, feita a 30 de outubro de 2022 e disponível em <https://cercizimbra.org.pt/centro-de-atividades-ecapacitacao-para-a-inclusao/>
- Cercizimbra (2021h). *Rede de Unidades Residenciais*, feita a 30 de outubro de 2022 e disponível em <https://cercizimbra.org.pt/rede-de-unidades-residenciais-3/>
- Cercizimbra (2021i). *Rendimento Social de Inserção*, feita a 30 de outubro de 2022 e disponível em <https://cercizimbra.org.pt/rendimento-social-de-insercao/>
- Cercizimbra (2021j). *Plano Estratégico 2021-2014*, feita a 30 de outubro de 2022 e disponível em <http://cercizimbra.spacedigitalagency.com/wpcontent/uploads/2021/07/Plano-Estrategico-2021-2024.pdf>
- Chadwick, D., Buell, S., Goldbart, J. (2019). Approaches to communication assessment with children and adults with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal o Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(2), 336-358. <https://doi.org/10.1111/jar.12530>

- Cicmil, N. e Eli, K. (2014). Body image among eating disorder patients with disabilities: a review of published case studies. *Body Image*, 11, 266-274. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.04.001>.
- Cioni, M., Cocilovo, A. Rossi, F., Paci, D., Valle, M. (2001). Analysis of ankle kinetics during walking in individuals with down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 106(5), 470-478. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2001\)1062.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2001)1062.0.CO;2)
- Danielsson, H., Henry, L., Rönnerberg, J., Nilsson, L. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1299-1304. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.07.012>
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of psychology*, 64, 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dykens, E. (2006). Toward a positive psychology of mental retardation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 185-193. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.185>
- Eden, K. e Randle-Philips, C. (2017). Exploraton of body perception and body dissatisfaction in young adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 71, 88-97. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.09.011>
- Emck, C., Plouvier, M., e 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>
- Fisher, M., Griffin, M., Hodapp, R. (2011). Intellectual disabilities (mental retardation). *Encyclopedia of Adolescence*, 1, 193-201. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-373915-5.00025-5>
- Fonseca, V. (1976). *Contributo para o estudo da génese da Psicomotricidade*. Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (2010a). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção psicopedagógica*, 18(17), 42-52.
- Fonseca V., e Martins, R. (2001). *Progressos e Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH.
- Freitas, M. e Silva, J. (2010). Adaptação ao meio aquático: uma proposta pedagógoterapêutica. *Diversidades*, 28, 13-15.
- Gabel, S., Cohen, C., Kotel, K., Pearson, H. (2013). Intellectual disability and space: critical narratives of exclusion. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(1), 74-80. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.01.074>
- Gallais, B., Gagnon, C., Mathieu, J., Richer, L. (2017). Cognitive decline over time in adults with myotonic dystrophy type 1: A 9-year longitudinal study. *Neuromuscular Disorders*, 27(1), 61-72. <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2016.10.003>
- Garaigordobil, M., Pérez, J. (2007). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in persons with intellectual disability. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 141-150. <https://doi.org/10.1017/s1138741600006405>
- Gathercole, S., Alloway, T., Willis, C., e Adams, A. (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>
- Gérard-Desplanches, A., Deruelle, C., Stefanini, S., Ayoun, C., Volterra, V., Vicari, S., Fisch, G., 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*, 48(6), 482-491.  
<https://doi.org/10.1002/dev.20163>

- Giagazoglou, P., Arabatzi, F., Dipla, K., Liga M., Kellis, E. (2012). Effect of a hippotherapy intervention program on static balance and strength in adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2265-2270. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.004>
- Giuliani, F. & Schenk, F. (2015). Vision, spatial cognition and intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 37, 202-208.  
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.11.015>
- Gómez, L., Schalock, R. e Verdugo, M. (2021). A new paradigm in the field of intellectual and developmental disabilities: characteristics and evaluation, *Psicothema*, 33(1), 28-35, <https://doi.org/10.7334/psicothema2020-385>
- Gutiérrez, G.G., Díaz-Manera, J., Almendrote, M., Azriel, S., Bárcena, J. E., García, P. C., Salas, A. C., Rodríguez, C.C., Cobo, A. M., Guardiola, P. D., Fernández-Torrón, R., Petit, M. P. G., Pavía, P.G., Gallego, M. G., Martínez, A.J.G, Jericó, I., García, S. K., Arregui, A., Martorell, L., Morís de la Tassa, G., Zabaleta, R., Muñoz-Blanco, J.L., Roldán, J. O., Pascual, S. I., Peinado, R., Pérez, H., Aldea, J. P., Rabasa, M., Ramos, A., Bartolomé, a. R., Pérez, M. A., Urtizberea, J. A., Zapata-Wainberg, G., e GutiérrezRivas, E. (2020). Clinical guide for the diagnosis and follow-up of myotonic dystrophy type 1, MD1 or Steinert's disease. *Neurología*, 35(3), 185-206.  
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.01.001>
- Harries, J., Guscia, R., Nettelbeck, T, e Kirby, N. (2009). Impact of additional disabilities on adaptive behaviour and support profiles for people with intellectual disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(4), 237-253.  
<https://doi.org/10.1352/1944-7558-114.4.237-253>
- Harris, J., e Greenspan, S. (2016). Definition and Nature of Intellectual Disability. In N. Singh (Ed.). *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities*. Springer International Publishing Switzerland.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-26583-4\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-26583-4_2)
- 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>
- Hogman, D., Rogers, M., Msall, M. (2000). Functional limitations and key indicators of wellbeing in children with disability. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(10), 1042-1048. <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.10.1042>
- Houwen, S., Visser, L., Putten, A., Vlaskamp, C. (2016). The interrelationships between motor, cognitive, and language development in children with and without intellectual and developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 53-54, 19-31 <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.01.012>
- Hughes, C., Ensor, R., Wilson, A., Graham, A. (2014). Tracking executive function across the transition to school: a latent variable approach. *Developmental Neuropsychology*, 35(1), 20-36. 36, <https://doi.org/10.1080/87565640903325691>
- Jankowicz-Szymanska, A., Mikolajczyk, E., 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>

- Jardim, N., e Santos, S. (2016). Effects of a psychomotor intervention on water in the quality of life of adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, (3)1, 53-60.  
<http://doi.org/10.17352/24555487.000036>
- King, B., Toth, K., Hoddap, R. e Dykens. E. (2009). Intellectual disability. In B. Sadock, V. Sadock, e P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 3444-3474). 9th edition; Lippincott Williams e Wilkins
- 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. <https://doi.org/10.1123/apaq.24.2.125>.
- Lamoureux-Hébert, M., e Morin, D. (2009). Translation and cultural adaptation of the supports intensity scale in french. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(1), 61-66. <https://doi.org/10.1352/2009.114:61-66>
- Leitão, A. e Santos, S. (2017). O contributo da intervenção psicomotora em meio aquático em indivíduos com DID nas competências em meio aquático. *A Psicomotricidade*, 20, 53-86.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R. e Snell, M.; Spitalnik, D.; Spreat, S. e Tassé, M. (1992). *Mental Retardation – definition, classification and systems of supports*. 9th Edition. AAMR.
- Luckasson, R.; Borthwick-Duffy, S.; Buntinx, W.; Coulter, D.; Craig, E.; Reeve, A.; Schalock, R., Sneel, M.; Spitalnik, D.; Spreat, S. e Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definitions, Classification and Systems of Supports*. 10th Edition. AAMR.
- Luckasson, R., e Schalock, R. (2012). The Role of Adaptive Behavior in a Functionality Approach to Intellectual Disability. In Santos e Morato. *Comportamento Adaptativo: Dez anos depois* (p. 9–18). Edições FMH.
- Marrus, N. e Hall, L. (2017). Intellectual Disability and Language Disorder. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics*, 26, 539-554. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.03.001>.
- Martin, G. E., Klusek, J. Estigarribia, B., Roberts, J. (2009). Language characteristics of individuals with Down syndrome. *Top Language Disorders*, 29(2), 112-132. <https://doi.org/10.1097/tld.0b013e3181a71fe1>
- Matias, A. (2005). Terapia Psicomotora em Meio Aquático. *A Psicomotricidade*, 5, 68-76.
- Maulik, P., Mascarenhas, M., Mathers, M., Dua, T. e Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 419-436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- McCausland, D., McCallion, P., Cleary, E., McCarron, M. (2016). Social connections for older people with intellectual disability in Ireland: results from wave one of IDS-TILDA. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29, 71-82. <https://doi.org/10.1111/jar.12159>.
- Morato, P. (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem*. Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Ministerio de Educación 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

- Modoni, A., Silvestri, G., Pomponi, M. G., Fortunato, M., Tonali, P. A., Marra, C. (2004). Characterization of the Pattern of Cognitive Impairment in Myotonic Dystrophy Type 1. *Archives of Neurology*, 61(12), 1943–1947. <https://doi.org/10.1001/archneur.61.12.1943>
- Morato, P., e Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A Mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55.
- Mutchnick, I., Thatikunta, M., Gump, W., Stewart, D., e Moriarty, T. (2016). Congenital myotonic dystrophy: ventriculomegaly and shunt considerations for the pediatric neurosurgeon. *Childs Nerv Syst*. 32(4), 609-616. <https://doi.org/10.1007/s00381-0152993-y>.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G. e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105113.
- Reinders, H., e Schalock, R. (2014). How organizations can enhance the quality of life of their clientes and assess their results: The concept of QOL enhancement. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 119(4), 291-302. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-119.4.291>
- Rodrigues, A. R., Santos, S., Rodrigues, A., Estevens, M. e 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>
- Sanches, I. (2011). Do “aprender para fazer” ao “aprender fazendo”: as práticas de Educação Inclusiva na escola. *Revista Lusófona de Educação*, 19, 135-156.
- 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 perspectiva estática a uma perspectiva dinâmica da funcionalidade. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(4), 553–568. <https://doi.org/10.1590/s141365382012000400002>
- Santos, S. (2020). *Como lidar com a dificuldade intelectual e desenvolvimental*. Flora Editora.
- 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, A., Costa, G. M. T. (2015). A Psicomotricidade na Educação Infantil: Um enfoque psicopedagógico. *Revista de Educação do IDEAU*, 10(22). Feita a 9 de novembro de 2022 e disponível em [https://www.ideau.com.br/getulio/restrito/upload/revistasartigos/278\\_1.pdf](https://www.ideau.com.br/getulio/restrito/upload/revistasartigos/278_1.pdf)
- Santos, S., e Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: Deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê?, *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(1), 3-16.
- Santos, S., e Morato, P. (2012b). *Comportamento Adaptativo: Dez anos depois*. Cruz Quebrada: Edições FMH.

- Simões, C., Santos, S., Biscaia, R., e Thompson, J. R. (2016). Understanding the relationship between quality of life, adaptive behaviour and support needs. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 28(6), 849-870. <https://doi.org/10.1007/s10882-016-9514-0>
- Schalock, R., Luckasson, R., e Tassé, M., (2021). *Intellectual Disability: definition, diagnosis, classification, and systems of support*: Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Shalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., [...] e Wehmeyer, M. (2012). *Users Guide - Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R., e Verdugo, M. (2012). A conceptual and measurement framework to guide policy development and systems change. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(1), 63-72. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2012.00329.x>
- Schalock, R., Luckasson, R., Tassé, M. & Shogren, K. (2022). The IDD Paradigm of Shared Citizenship: its operationalization, application, evaluation, and shaping for the future, *Intellectual and Developmental Disabilities*, 60(5), 426–443, <https://doi.org/10.1352/1934-9556-60.5.426>
- Shogren, K., Lopez, S., Wehmeyer, M., Little, T. e Pressgrove, C. (2006). The role of positive psychology constructs in predicting life satisfaction in adolescents with and without cognitive disabilities: An exploratory study. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 37-52. <https://doi.org/10.1080/17439760500373174>
- Shogren, K., Wehmeyer, M., Buchanan, C., Lopez, S. (2006). The application of positive psychology and self-determination to research in intellectual disability: A content analysis of 30 years of literature. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 31(4), 338–345. <https://doi.org/10.1177/154079690603100408>
- Shogren, K., Luckasson, R., e Schalock, R. (2021). Leveraging the power of context in disability policy development, implementation, and evaluation: Multiple applications to enhance personal outcomes. *Journal of Disability Policy Studies*. 31(4), 230-243, <https://doi.org/10.1177/1044207320923656>
- Simões, C., e Santos, S. (2018). *Qualidade de Vida, Comportamento Adaptativo e Apoios: Compreender a Relação entre Constructos na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental*. Edições FMH.
- Sistiaga, A., Urreta, I., Jodar, M., Cobo, A., Emparanza, J., Otaegui, D., Poza, J., Merino, J., Imaz, H., Martí-Massó, J. F., López de Munain, A (2010). Cognitive/personality pattern and triplet expansion size in adult myotonic dystrophy type 1 (DM1): CTG repeats, cognition and personality in DM1. *Psychological Medicine*, 40(3), 487-495. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990602>
- Smits-Engelsman, B. e Hill, E. (2012). The Relationship between motor coordination and intelligence across the IQ range. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 130, 950-956. doi: 10.1542/peds.2011-3712.
- Tassé, M. J., Luckasson, R., e Schalock, R. L. (2016). The relation between intellectual functioning and adaptive behaviour in the diagnosis of intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(6), 381-390. <https://doi.org/10.1352/1934-955654.6.381>

- Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H., Sharon, A., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. F., e Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behaviour: It's conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(4), 291-303. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.4.291>
- Theadom, A., Rodrigues, M., Roxburgh, R., Balalla, S., Higgins, C., Bhattacharjee, R., Jones, K., Krishnamurthi, R., Feigin, V. (2014). Prevalence of Muscular Dystrophies: A Systematic Literature Review. *Neuroepidemiology*, 43(3-4), 259–268. <https://doi.org/10.1159/000369343>
- Thirion-Marissiaux, A-F., Nader-Grosbois, N. (2008). Theory of mind “emotion”, developmental characteristics and social understanding in children and adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 414-430. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2007.07.001>.
- Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W., H. E., Schalock, R., L., Shogren, K. A., Snell, M. E., Wehmeyer, M. L., Borthwick-Duffy, S., Coulter, D. L., Craig, M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R. A., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M. J., Verdugo, M. A., e Yeager, M. H. (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>
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M. e Wehemeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale – User Manual*. American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J. R., Hughes, C., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M. J. Bryant, B., Craig, E. M., e Campbell, E. M. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental Retardation*, 40(5), 390-405, [https://doi.org/10.1352/00476765\(2002\)040<0390:isiaap>2.0.co;2](https://doi.org/10.1352/00476765(2002)040<0390:isiaap>2.0.co;2)
- Thompson, J. R., Shaclock, R., L., Agosta, J., Teninty, L., e Fortune, J. (2014). How the supports paradigma in transforming the developmental disabilities servisse system. *Inclusion*, 2(2), 86-99. <https://doi.org/10.1352/2326-6988-2.2.86>
- Thompson, J., Wehmeyer, M., Hughes, C. (2010). Mind the Gap! Implications of a PersonEnvironment Fit Model of Intellectual Disability for Students, Educators, and Schools. *Exceptionality*, 18(4), 168-181. <https://doi.org/10.1080/09362835.2010.513919>
- Ulrike S., e Benedikt G. (2006). Myotonic Dystrophies Type 1 and 2: A Summary on Current Aspects. *Seminars in Pediatric Neurology* 13(2), 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2006.06.002>
- Valente, P., Santos, S., e Morato, P. (2012). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A psicomotricidade*. 15, 10-23.
- Varela, A., Duarte, A., Sereno, A., Dias, A. e Pereira, B. (2000). *Intervenção Terapêutica em Meio Aquático para populações especiais*. Associação Portuguesa dos Técnicos de Natação. Lisboa.
- Vieira, J. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas OnLine 2007-2011*, 3(11), 64-68.
- Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R., Verdugo, M., Borthwick.Duffy, S., Bradley, V., Craig, E., Coulter, D., Gomez, S., Reeve, A., Shogren, K., Snell, M., Spreat, S., Tassé, M., Thompson, J., Yeager, M. (2008). The

- intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318. <https://doi.org/10.1352/2008.46:311-318>
- Winblad, S., Samuelsson, L., Lindberg, C., Meola, G. (2016). Cognition in myotonic dystrophy type 1: a 5-year follow-up study. *European Journal of Neurology*, 23(9), 1471 – 1476. <https://doi.org/10.1111/ene.13062>
- Woolf, S., Woolf, C. e Oakland, T. (2010). Adaptive behaviour 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. (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, feita a 20 de novembro de 2022 e disponível em <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F70-F79>
- Wuang, Y., Wang, C., Huang, M., Su, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1048-1060. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x>
- Zikl, P., Holoubková, N., Karáskova, H., Veselíková. (2013). Gross motor skills of children with mild intellectual disabilities. *International Journal of Educational and Pedagogical Sciences*, 7(10), 2789-2795.

## III Anexos

### Anexo A – Declaração de Compromisso de Honra

#### DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE HONRA

Eu Joana Filipa Brighenti Bagarrão, nascida a 15/01/1998, residente em [REDACTED] portadora do Cartão de Cidadão número [REDACTED] válido até 22/06/2027, declaro, sob compromisso de honra, que não divulgarei dados sensíveis dos processos dos utentes do Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão – CERCIZIMBRA, aos quais tive acesso para realizar o Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Comprometo-me ainda a utilizar os dados obtidos apenas e exclusivamente para o fim referido anteriormente e não divulgar, de forma direta ou indireta dados que revelem a identidade dos utentes.

Sesimbra, 28 de Fevereiro de 2023

  
\_\_\_\_\_