



**Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana**



## **A Psicomotricidade no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa da CERCI Lisboa**

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:** Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato;  
Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos;  
Professora Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha.

Joana Matos Ramos  
2017

# Agradecimentos

No decorrer deste relatório foram várias as pessoas que apoiaram e ajudaram na concretização deste, como tal gostaria de agradecer...

- ... à Professora Doutora Sofia Santos pela disponibilidade, conhecimentos, dedicação, incentivo, desafios e apoio, que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e académico;
- ... às orientadoras locais, Dr.<sup>a</sup> Elisabete Sousa e Dr.<sup>a</sup> Mónica Estevens, por toda a simpatia, receptividade, disponibilidade, conhecimentos, conselhos, apoio, feedbacks e carinho, que seguramente contribuíram para a minha intervenção, crescimento pessoal, à vontade e confiança;
- ... a todos os clientes que fizeram parte do meu dia-a-dia, pelo carinho e disponibilidade com que fui recebida, pela colaboração, novas experiências, desafios e aprendizagens mútuas;
- ...a toda a equipa da CERC Lisboa e do Complexo Desportivo do Casal Vistoso pelo carinho, simpatia e apoio, facilitando a minha integração e a concretização da minha intervenção;
- ... à Catarina Barros pelo companheirismo e apoio, pelos momentos de diversão e descontração que contribuíram para superar as dificuldades e os momentos mais difíceis;
- ... a todos os meus amigos, principalmente à Anaïs Sarmiento, Raquel Vieira, Alexandra Ferreira, Catarina Branquinho, Andreia Duarte, Ana Rita Pereira e Mariana Mota, pelo apoio, companheirismo, desabafos, inseguranças, incentivo e pela amizade incondicional;
- ... à minha família, pelo apoio incondicional, incentivo, confiança e carinho.

A todos, o meu muito obrigada!

## **Resumo**

O presente relatório relata a experiência da estagiária no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA) da CERIC Lisboa, que atende indivíduos adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID) e Multideficiência. As atividades de estágio tiveram início em outubro de 2016 e término em maio de 2017, tendo a estagiária intervindo em sessões de Atividade Motora, Atividade em Meio Aquático e Caminhada. Na primeira parte do relatório, são apresentadas a caracterização da instituição e da população-alvo, especificando o envelhecimento na DID, tendo também uma revisão da literatura sobre a intervenção psicomotora, os diferentes contextos e a sua importância. Na segunda parte, é desenvolvido o trabalho prático da estagiária na CERIC Lisboa e descrito um estudo de caso. Por fim, são abordadas outras atividades em que a estagiária participou, bem como apresentado o projeto de investigação que visa investigar o impacto da intervenção em atividade motora adaptada na capacidade funcional de indivíduos gerontes com DID. As reflexões e conclusões finais serão ainda descritas.

### **Palavras-chave:**

Intervenção Psicomotora, Atividade Motora, Meio Aquático, Caminhada, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, Envelhecimento na DID, Transição para a Vida Adulta e Ativa, Capacidade Funcional

## **Abstract**

This document reports the internship experience on the “Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA) in CERIC Lisboa with adults with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD) and Multi-Disabilities. The internship was developed between October/2016 and May/2017. In this report’ first part the characterization of the institution is presented, as well is made a literature review about IDD and aging with IDD, and the psychomotor intervention relevance. In the second part, the practical work and a study case is presented as an example of all intervention done. Finally, it will be listed other extra activities and a research project about the impact of adapted physical activity intervention in the functional capacity of elderly with IDD. Finally, conclusions and a final reflection are presented.

### **Keywords:**

Psychomotor Intervention, Motor Activity, Water, Walking, Intellectual and Developmental Disabilities, Elderly with IDD, Adult and Active’s Life Transition, Functional Capacity

# Índice Geral

I.	Introdução .....	1
II.	Enquadramento da Prática Profissional.....	3
1.	Caracterização da Instituição .....	3
1.1.	População-alvo .....	5
1.2.	Funcionamento .....	6
1.3.	Organigrama.....	7
1.4.	Caracterização das Instalações .....	8
1.5.	Processo de admissão dos clientes .....	8
1.6.	Recursos.....	9
1.7.	Atividades e serviços .....	12
2.	Caracterização da População-Alvo .....	13
2.1.	Definição e diagnóstico.....	14
2.2.	Etiologia .....	15
2.3.	Classificação .....	16
2.4.	Características .....	17
2.5.	Envelhecimento na DID .....	23
2.6.	Correlação das características dos casos observados no CTVAA com envelhecimento na DID .....	27
3.	Importância da Avaliação Psicomotora.....	28
4.	Intervenção Psicomotora.....	29
4.1.	Intervenção psicomotora em indivíduos com DID no CTVAA.....	31
4.2.	Intervenção psicomotora e contextos no CTVAA.....	33
III.	Realização da Prática Profissional .....	37
5.	A intervenção Psicomotora da Estagiária.....	37
5.1.	Organização e funcionamento do estágio .....	38
5.2.	Grupos de intervenção .....	39
5.3.	Processo de avaliação.....	41
5.4.	Procedimentos .....	45
6.	Estudo de caso .....	46
6.1.	Resultados das avaliações e análise global.....	47

6.2.	Plano de intervenção .....	54
6.3.	Discussão dos resultados .....	57
6.4.	Avaliação final do grupo de intervenção .....	59
7.	Outras atividades.....	60
8.	Projeto de investigação .....	62
9.	A Atividade Motora Adaptada na Capacidade Funcional de Indivíduos com DID com mais de 40 anos.....	63
9.1.	Introdução.....	64
9.2.	Metodologia .....	69
9.3.	Apresentação dos resultados .....	76
9.4.	Discussão dos resultados .....	77
9.5.	Conclusão.....	79
IV.	Conclusão e Reflexão Pessoal .....	81
10.	Referências .....	84
	Anexos .....	94
	Anexo A – Artigo de Acessibilidade.....	94

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Lista de materiais da piscina e do ginásio .....	10
Tabela 2 - Lista de recursos humanos internos e externos da CERCILisboa .....	11
Tabela 3 - Horário da Estagiária na CERCILisboa .....	37
Tabela 4 - Cronograma das Atividades de Estágio .....	39
Tabela 5 - Horário dos grupos de AMA.....	40
Tabela 6 - Horário dos grupos de AM.....	40
Tabela 7 - Horário dos grupos de Caminhada .....	41
Tabela 8 - Horário dos apoios do estudo de caso .....	47
Tabela 9 - Resultados obtidos na aplicação da ECAP à A.F. ....	48
Tabela 10 - Resultados obtidos na aplicação da Checklist de Domínio de Competências Específicas em Meio Aquático da A.F.....	53
Tabela 11 - Objetivos de intervenção para a Atividade Motora da A.F. ....	55
Tabela 12 - Objetivos de intervenção para a Atividade em Meio Aquático da A.F. ....	56
Tabela 13 - Sessão-tipo do Programa de Atividade Motora Adaptada da 1ª semana .....	72
Tabela 14 - Sessão-tipo do Programa de Intervenção de Atividade Motora Adaptada da 2ªsemana.....	73
Tabela 15 - Sessão-tipo do Programa de Intervenção em Atividade Motora Adaptada da 3ª semana.....	74
Tabela 16 - Sessão-tipo do Programa de Intervenção em Atividade Motora Adaptada da 4ª semana.....	75

Tabela 17 - Valores da Estatística Descritiva obtidos pelo grupo nos momentos de Avaliação: Baseline (AvB), Final (AvF) e Retenção (AvR).....	76
---	----

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Organigrama da CERCÍ Lisboa (Cercí Lisboa, 2016i) .....	7
Figura 2 - Twister e respetivas peças .....	62
Figura 3 - Ovos da Páscoa Coloridos .....	62
Figura 4 - Cubo de Posições .....	62
Figura 5 - Saquinhos de essências .....	62

# I. Introdução

O presente relatório insere-se na unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), também designada por Estágio, para a obtenção do grau de mestre em Reabilitação Psicomotora, na Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa. Este Estágio privilegia a participação em atividades de avaliação, intervenção, participação ativa em reuniões de equipa e em tarefas na comunidade, totalizando 1500 horas de trabalho individual, sendo 26 horas em regime tutorial, 450 horas de estudo e 274 horas em instituição (RACP, 2016). Como principais objetivos do Estágio destacam-se (RACP, 2016):

- Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, a nível científico e metodológico, promovendo a reflexão e capacidade de trabalho em equipas multidisciplinares;
- Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação dos serviços e/ou programas onde se insere a intervenção psicomotora, em diferentes contextos; e
- Desenvolver a capacidade de inovação na implementação de novos conhecimentos e práticas, promovendo o desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, melhorando o enquadramento profissional e científico da área.

Os objetivos específicos focam-se no exercício da atividade profissional, promovendo a inserção dos estudantes no mercado de trabalho, privilegiando conhecimentos nos seguintes domínios (RACP, 2016):

- Intervenção psicomotora: avaliação do desenvolvimento psicomotor e identificação do perfil intraindividual; conceção, aplicação e avaliação de programas no âmbito da reabilitação psicomotora, ao nível do desenvolvimento, reeducação e terapia psicomotora; e identificação dos contextos de vida dos indivíduos e respetivas necessidades de respostas;
- Relação com outros profissionais: o estudante deve ter a capacidade de relacionar os conhecimentos da sua área com outras áreas profissionais, através da partilha de conhecimentos no seio de uma equipa transdisciplinar; participar na avaliação do potencial de adaptação e aprendizagem em equipa transdisciplinar; e participar na criação e desenvolvimento, em cooperação com outros técnicos, nos planos e programas transdisciplinares; e

- Relação com a comunidade: integração dos estudantes na instituição ou na comunidade, através da criação de projetos que visam a interação entre os diferentes intervenientes.

Neste sentido, e visando a descrição do ano de estágio na instituição da CERC Lisboa, este relatório encontra-se dividido em duas grandes partes: a primeira mais dedicada à revisão da literatura sobre os mais variados assuntos, iniciando-se com a caracterização da instituição para se conhecer a sua missão, visão e princípios, bem como o seu espaço físico e as suas políticas de funcionamento e atendimentos aos clientes a quem presta apoio. Em seguida, será apresentada a caracterização dos principais diagnósticos dos clientes com quem a estagiária interveio desde a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), diagnóstico comum a todos os clientes, e o envelhecimento na DID, situação que começou a surgir nos últimos anos e para a qual a CERC Lisboa ainda está à procura de respostas. Posteriormente, será exposta uma revisão da literatura sobre a intervenção psicomotora, os contextos e a sua importância, para uma melhor compreensão da expressão da DID e das suas manifestações, permitindo o planeamento da intervenção psicomotora centrada na pessoa, e na contextualização de comportamentos e competências dos clientes, visando o *transfer* das aprendizagens para as atividades de vida diária e de participação na comunidade. Em seguida, será descrita toda a parte prática do estágio, desde o horário da estagiária, organização e funcionamento das atividades de estágio, grupos de intervenção, processo de avaliação, instrumentos de avaliação utilizados, procedimentos aquando da sua aplicação, avaliação final dos grupos de intervenção e apresentação de um estudo de caso, com respetiva apresentação e discussão de resultados. Posteriormente, serão descritas outras atividades (extra) que a estagiária participou e que não estavam contempladas no seu horário. Para terminar o capítulo, encontra-se o projeto de investigação desenvolvido pela estagiária durante o ano letivo. Por fim, a conclusão e reflexões finais finalizarão o relatório.

## II. Enquadramento da Prática Profissional

Neste capítulo será realizado o enquadramento da prática profissional, contendo a caracterização da instituição CERCI Lisboa, mais precisamente no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA), a população-alvo, a intervenção psicomotora e os seus contextos, bem como a sua importância na instituição.

### 1. Caracterização da Instituição

A Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades (CERCI), trata-se de uma Cooperativa de Solidariedade Social sem fins lucrativos, fundada a 16 de julho de 1975, por um grupo de familiares de crianças com DID e técnicos (CERCI Lisboa, 2016f).

Este projeto iniciou-se no Centro Educacional nos Olivais, uma referência nacional no âmbito da Educação Especial (CERCI Lisboa, 2016f), conduzindo, posteriormente, ao Movimento CERCI, que se caracterizou pela multiplicação deste tipo de serviços, primeiramente, na zona de Lisboa e, posteriormente, por todo o país. Deste modo, e a fim de se diferenciar das demais, e facilitando a sua identificação geográfica, este projeto passou a designar-se CERCI Lisboa (CERCI Lisboa, 2016f).

Devido à expansão cada vez maior das CERCI por todo o país, foi fundada em 1987 a Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCI), que representa e dinamiza ações que apoiam estas cooperativas e sensibiliza a opinião pública para os problemas da população com DID e/ou Multideficiência (FENACERCI, n/d). A FENACERCI nasceu dez anos após a criação da primeira CERCI, representando um total de 52 organizações, onde fomenta a utilização de métodos de trabalho adequados e eficazes e promove a troca de experiências entre as várias organizações (FENACERCI, s.d.).

Na sequência do Movimento CERCI, foram aparecendo outras CERCI por todo o país e, em 1976, surge o segundo centro educacional da CERCI, em Marvila (CERCI Lisboa, 2016f), tendo, de acordo com as necessidades dos clientes, sido criadas outras respostas como os Centros de Atividade Ocupacionais (CAO) em Marvila (1976), Olivais e Carnide (1997), o Centro de Formação Profissional em 1983, o atual Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação da Pessoas com Deficiência em 1996, entre outros (CERCI Lisboa, 2016f).

Este projeto visa contribuir para melhorar o dia-a-dia dos seus clientes e a interação e vivências em comum, tendo como **missão** melhorar a qualidade de vida dos mesmos,

atuando ao nível da prevenção, sensibilização e promoção das suas competências e capacidades, privilegiando uma sociedade otimista, motivada e não discriminatória. Para tal, as suas práticas tem como base os seguintes valores (CERCI Lisboa, 2016f):

- Otimismo: todas as tarefas são realizadas com uma “atitude positiva e os desafios são encarados como oportunidades”;
- Dedicção à causa: as ações são realizadas com “interesse, empenho e dedicação”;
- Ética: em todas as atividades desenvolvidas “é assumido um compromisso ético insubstituível”;
- Determinação na ação: existe sempre uma “atitude persistente no cumprimento dos objetivos e na procura de práticas inovadoras”;
- Ousadia: no que respeita à “inclusão dos seus clientes na sociedade, procurando fazê-lo de forma inovadora e personalizada”;
- Flexibilidade: as “atitudes tomadas vão ao encontro da situação, tendo em conta a sua singularidade”; e
- Democracia na partilha: existe um conjunto de princípios e práticas orientadoras dos profissionais da CERCI Lisboa, que “visam proteger os seres humanos e a participação ativa dos seus clientes”.

A CERCI Lisboa estrutura-se em função de cinco políticas: no que concerne à **Política de Qualidade**, a CERCI defende a satisfação das necessidades dos seus clientes, a promoção do seu potencial e as expectativas destes. Para tal, fomenta o conhecimento e a inovação dos seus colaboradores e a participação ativa na comunidade, tendo como base os seguintes eixos fundamentais: orientação para o cliente; valorização dos profissionais; abertura à comunidade; e melhoria contínua dos processos de trabalho (CERCI Lisboa, 2016k). A **Política de Recursos Humanos** intenta na motivação dos colaboradores através de climas de trabalho positivos e equipas estáveis, procurando aquando do seu recrutamento formação em consonância com os valores da instituição e com competências adequadas ao perfil, sendo reconhecida a igualdade de oportunidades com base na não discriminação, dos princípios éticos, de reconhecimento e participação ativa (Departamento de Gestão da Qualidade, 2013). A **Política de Confidencialidade** que garante privacidade dos dados pessoais dos clientes ao longo do seu processo na instituição, e a **Política de Prevenção do Abuso e Maus Tratos** com a definição de um Protocolo de atuação neste âmbito visam garantir a dignidade e integridade de todos. Finalmente, a **Política de Participação dos Clientes** pretende a postura ativa dos

clientes que devem assumir e tomar decisões informadas sobre as suas próprias vidas (Departamento de Gestão da Qualidade, 2013).

Atualmente, a CERIC encontra-se dividida em três núcleos físicos: o Espaço da Luz, o Espaço dos Olivais e o CTVAA, sendo neste último que a estagiária desempenhou a sua atividade de ramo de aprofundamento de competências profissionais.

Em seguida, irá ser feita referência à população-alvo e aos serviços e atividades que a CERIC Lisboa disponibiliza.

### **1.1. População-alvo**

A CERIC Lisboa, atualmente, dá resposta a cerca de 900 pessoas com DID e multideficiência (CERIC Lisboa, 2016l), fornecendo, atualmente as seguintes **Respostas Sociais** (CERIC Lisboa, 2016m): Intervenção Precoce na Infância (IP); Centro de Recursos para a Inclusão (CRI); CAO; Centro de Formação Profissional (CFP); Lar-Residencial; e Centro Atendimento Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência (CAAAPD).

De um modo mais pormenorizado, o **Serviço de Intervenção Precoce na Infância** destina-se a crianças entre os 0 e os 6 anos abrangidas pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, que contam com o apoio da Equipa Local de Intervenção de Lisboa Oriental em parceria com o Agrupamento de Escolas de Santa Maria dos Olivais e o Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa II, que usufruem do apoio dos seguintes técnicos: Psicologia, Terapia da Fala, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Fisioterapia (CERIC Lisboa, 2016g).

O **Centro de Recursos para a Inclusão** apoia crianças e jovens sinalizados com necessidades educativas especiais, promovendo ao máximo o seu potencial em diferentes áreas, realizando o seu trabalho em vários agrupamentos de escolas e toda a sua comunidade educativa (CERIC Lisboa, 2016d).

O **CAO** é constituído por três espaços: CTVAA, Centro Ocupacional dos Olivais e Centro Ocupacional Espaço da Luz, em Carnide. Este serviço destina-se a indivíduos a partir dos 16 anos com DID e multideficiência, pretendendo desenvolver as seguintes atividades (CERIC Lisboa, 2016b):

- Atividades Lúdico-Terapêuticas: promovem a ativação físico-funcional e estimulação sensorial;
- Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social: têm como objetivo a aquisição de competências de relacionamento interpessoal, autodeterminação, autonomia, bem-estar, cidadania e participação social;

- Atividades Sócio-Culturais: atividades lúdico-recreativas, desportivas, culturais, sociais, festivas ou formativas;
- Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana: atividades gerais da vida diária e atividades de higiene pessoal, vestuário e domésticas;
- Atividades Estritamente Ocupacionais: atividades direcionadas para o reaproveitamento de matérias-primas, transformadas em produtos finais; e
- Atividades Socialmente Úteis: visam a valorização pessoal do cliente, através do desenvolvimento das suas capacidades no sentido da promoção da sua autonomia e/ou facilitação de uma possível transição para programas de inserção socioprofissional.

O **Centro de Formação Profissional** visa dar formação profissional a pessoas com DID com capacidade para desenvolverem competências profissionais, podendo usufruir dos seguintes cursos: operador de acabamento de madeira e mobiliário; cozinheiro, estofador, operador de jardinagem e acompanhante de crianças. Para além da formação profissional, a CERCI Lisboa possui também Centros de Recursos no âmbito do Programa de Emprego e Apoio à Qualificação de Pessoas com Deficiências e Incapacidades, sendo dinamizado pelo Centro de Formação Profissional, com o objetivo de apoiar a reabilitação profissional através de: Informação, Avaliação e Orientação para a Qualificação e o Emprego; Apoio à Colocação; e Acompanhamento Pós-colocação (CERCI Lisboa, 2016c).

O **Lar Residencial** destina-se a indivíduos a partir dos 16 anos com DID e multideficiência, contando com 20 vagas. O seu principal objetivo é potencializar a autonomia dos seus clientes, tendo em conta o seu Projeto de Vida, desenvolvendo atividades sócio-culturais e instrumentais da vida quotidiana (CERCI Lisboa, 2016h).

No que se refere ao **CAAAPD**, este tem como objetivo informar, orientar e apoiar pessoas com deficiência e as suas famílias, promovendo o direito das mesmas na participação no processo de tomada de decisão e sensibilizar e informar a comunidade acerca da deficiência. Para isso, a CERCI Lisboa disponibiliza serviços de apoio jurídico, apoio social e de intervenção (CERCI Lisboa, 2016a).

No subcapítulo seguinte, será clarificado qual o horário de funcionamento para os clientes poderem usufruir dos serviços acima referidos.

## 1.2. Funcionamento

Consoante as suas valências, a CERCI Lisboa apresenta períodos de funcionamento diferentes: ao nível da Intervenção Precoce na Infância (CERCI Lisboa, 2016g) e do

CAO (CERCI Lisboa, 2016b), funciona entre as 9h e as 17h, de segunda-feira a sexta-feira, o Lar-Residencial funciona entre as 17h e as 9h, de segunda-feira a sexta-feira, e aos Sábados, Domingos e Feriados durante 24h (CERCI Lisboa, 2016h). A instituição oferece almoço e lanche aos seus clientes, e a par deste serviço de refeições tem também um serviço de transportes, ficando a seu cargo as deslocações dos seus clientes em equipamentos adaptados às necessidades destes. Contudo, a CERCI Lisboa promove a autonomia dos seus clientes e sempre que estes apresentem capacidades, incentivam o uso de transportes públicos por parte destes, sendo esta informação constatada pela estagiária através da observação do funcionamento da instituição.

De forma a proporcionar uma melhor compreensão da forma com a instituição se encontra organizada, será abordado em seguida o organigrama.

### 1.3. Organigrama

O organigrama (figura 1) pretende dar a conhecer os elementos constituintes da instituição e o modo como estes interagem entre si, sendo possível constatar a existência de equipas multidisciplinares que interagem entre si, de modo a executar o melhor serviço possível aos seus clientes.

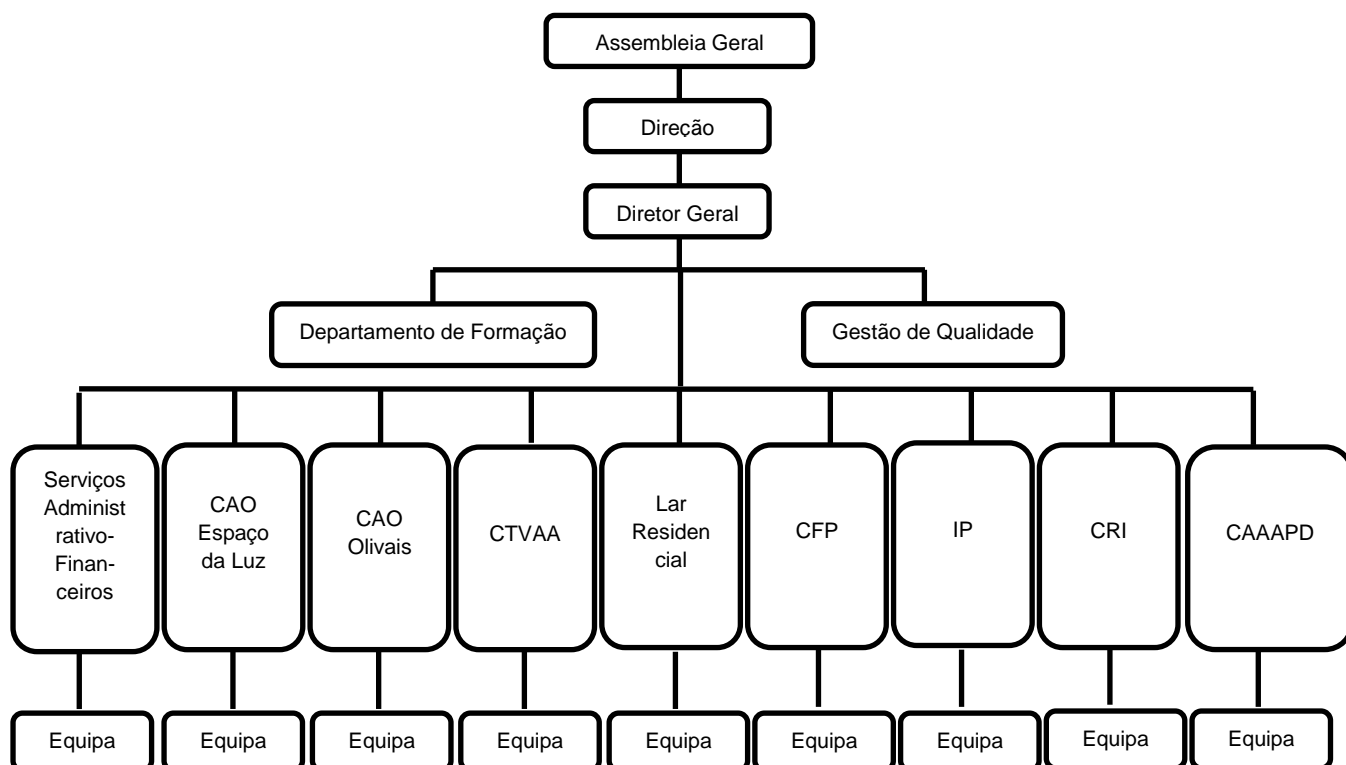


Figura 1 - Organigrama da CERCI Lisboa (Cerci Lisboa, 2016i)

Tal como referido anteriormente, o presente estágio decorreu, maioritariamente, no CTVAA – Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa, pelo que o mesmo será apresentado com maior pormenor, em seguida.

#### **1.4. Caracterização das Instalações**

O CTVAA, é constituído por um edifício com 3 pisos, tendo ainda diversos espaços livres e um jardim, sendo ambos os edifícios descritos com base na observação. De um modo mais pormenorizado, os espaços do edifício principal são: Piso -1: 1 sala de snoezelen; 1 sala de estimulação; 1 sala de terapia ocupacional/expressão plástica; e 1 casa de banho; Piso 0: receção; 1 sala de convívio; 2 casas de banho; 1 refeitório; 8 gabinetes; 1 ginásio; 2 balneários; e 1 sala de fisioterapia com respetiva casa de banho; e Piso 1: 6 salas de trabalho; 6 casas de banho; 1 sala de computadores; e 1 gabinete da diretora técnica.

No que concerne à acessibilidade dos espaços, anteriormente descritos, foi realizado um estudo de acessibilidade (Anexo A) por parte da estagiária, cujo objetivo foi classificar a acessibilidade funcional dos espaços. Assim, foi possível concluir que existem espaços físicos adequados para a população atendida, tendo tecnologia e apoio físico para ultrapassar as barreiras arquitetónicas, tendo, deste modo, boas condições de acessibilidade, promovendo a autonomia dos seus clientes (Ramos, Sousa, Estevens, Duarte e Santos, no prelo).

Em seguida, serão enumerados os critérios de admissão dos clientes nas diversas respostas proporcionadas pela CERCILisboa.

#### **1.5. Processo de admissão dos clientes**

Para o processo de admissão nos CAO, os clientes têm de preencher os seguintes critérios de elegibilidade (CERCILisboa, 2016e): não apresentarem potencial para obterem um emprego vigente; com idade igual ou superior a 18 anos que cumpram os requisitos de escolaridade obrigatória nos termos consagrados pela Lei nº 85/2009; e em casos excecionais, podem ser elegíveis clientes menores de 18 anos quando a respetiva escola comprove a limitação para frequentar a mesma, através do Programa Educativo Individual (PEI) e Plano Individual de Transição (PIT).

Os critérios de admissão ponderados são (CERCILisboa, 2016e): capacidade da CERCILisboa para dar respostas adequadas às necessidades do cliente; capacidade para exercer uma atividade socialmente útil (no caso do Espaço da Luz); isolamento social, não pertencer a nenhum outro CAO; e prioridade a quem reside na freguesia da área abrangida pela CERCILisboa.

No **Centro de Formação Profissional** são aceites os clientes que cumpram os seguintes critérios de elegibilidade (CERCI Lisboa, 2016e):

- Não apresentem condições para aceder à oferta formativa em estruturas regulares;
- Pretendam entrar no mercado de trabalho mas não reúnam as condições para o exercício de uma profissão ou ocupação de um posto de trabalho;
- Com idade igual ou superior a 18 anos que cumpram os requisitos de escolaridade obrigatória nos termos consagrados pela Lei nº 85/2009; e
- Em casos excepcionais, podem ser elegíveis clientes menores de 18 anos quando a respetiva escola comprove a falta de recursos para frequentar a mesma, através do PEI e do PIT.

No que concerne aos critérios de admissão, estes são os seguintes (CERCI Lisboa, 2016e): idade; número de cursos de formação profissional anteriores; situação face ao emprego; frequência de outras respostas sociais da CERCI; e isolamento social.

No **Lar-Residencial** os critérios de elegibilidade são (CERCI Lisboa, 2016e): idade igual ou superior a 16 anos; diagnóstico clínico de DID ou multideficiência com limitações ao nível da atividade e participação. Ao nível dos critérios de admissão são apontados (CERCI Lisboa, 2016e): ser cliente da CERCI na vertente de CAO; isolamento social; estar integrado em resposta social lar-residencial; e condições familiares para assegurar o acolhimento.

Em seguida serão descritos os recursos que a CERCI Lisboa coloca à disposição dos seus clientes.

## **1.6. Recursos**

Neste subcapítulo serão enumerados os recursos materiais, humanos, financeiros e logísticos presentes na CERCI Lisboa, mais especificamente no CTVA.

### **1.6.1. Recursos materiais**

Os materiais disponíveis no ginásio do CTVA e no Complexo Desportivo do Casal Vistoso, onde decorrem as sessões de Atividade em Meio Aquático (AMA), encontram-se na tabela 1.

**Tabela 1 - Lista de materiais da piscina e do ginásio**

<b>Material da Piscina</b>	<b>Material do Ginásio</b>
Rolos	Cestos de corfebol, basquetebol
Colchões flutuadores de várias dimensões	Balizas
Halteres flutuadores	Pranchas flutuadoras
Cones sinalizadores	Trampolins, cavalo para ginástica, colchões
Cadeira Hidráulica Portátil	Bancos suecos, espaldar
Bolas	Colchões
Argolas	Material de teatro
Pullbuoy	Desenhos de pés e Pinos sinalizadores
Cintos flutuadores	Cilindros de espuma
Steps e Arcos	Argolas, pesos, cordas, arcos
Boias	Garrafas para sons
Cestos e balizas	Tacos baseball, raquetes (ténis...)
Peças de encaixe para rolos	Latas coloridas
Peso em forma de flor	Pandeiretas
Puzzles e brinquedos (jogos de encaixe com formas geométricas)	Bolas (suíças, medicinais, boccia, ténis, voleibol, corfebol, basquetebol, voleibol, rugby...)

O Complexo Desportivo do Casal Vistoso pertence à Câmara Municipal de Lisboa (CML) e situa-se perto das instalações do CTVAA, Areeiro-Olaias, sendo o transporte até à piscina realizado pelas carrinhas da instituição. O seu funcionamento é de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira das 08h00 às 21h30, sábado das 08h00 às 19h00 e aos domingos e feriados das 09h00 às 19h00, com diversas atividades como aquafitness, hidroginástica, natação e utilização livre (CML, 2016).

A piscina tem balneários adaptados e com boas condições de acessibilidade para os clientes da CERCILisboa, que podem usufruir dos materiais disponíveis, sendo uma piscina com 10 pistas com uma dimensão de 25m x 20m e 1.20 de profundidade (CML, 2016).

As sessões de AMA decorrem durante a manhã na presença de duas Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação, duas Técnicas de Terapia Ocupacional e diversos monitores. Entre as sessões na piscina decorre um trabalhado de promoção de autonomia, no que se refere às Atividades da Vida Diária.

### **1.6.2. Recursos humanos**

A instituição é constituída por uma equipa multidisciplinar (tabela 2), estruturada e com formações distintas, contando com 123 colaboradores, sendo que 44% dos recursos humanos são técnicos de intervenção específica, nomeadamente: psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de reabilitação, etc (CERCILisboa, 2016j).

**Tabela 2** - Lista de recursos humanos internos e externos da CERC Lisboa

<b>Função recursos internos</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Função Recursos Externos</b>	<b>Quantidade</b>
Administrativo	7	Alimentação	2
Ajudante de ação direta	9	Consultoria jurídica	1
Ajudante de cozinha	1	Contabilista	1
Auxiliar de monitor	2	Outros	10
Auxiliar de atividades ocupacionais	1	Psiquiatra	1
Cozinheira	2	Transportes	1
Diretor administrativo/ financeiro	1		
Diretor geral	1		
Diretor técnico	6		
Educadora	5		
Educadora Social	2		
Empregada de limpeza	4		
Empregada de refeitório	2		
Fisioterapeuta	5		
Gestora	1		
Jurista	1		
Monitor de atividades ocupacionais /auxiliar pedagógico	23		
Monitor/ formador de habilitação e reabilitação	7		
Motorista	3		
Psicólogo	10		
Técnico ocupacional	6		
Técnico de reabilitação e psicomotricidade	7		
Técnica de serviço social	3		
Terapeuta da Fala	9		
Trabalhador auxiliar (serviços gerais)	4		
Vigilante	1		

### **1.6.3. Recursos logísticos**

A instituição conta com o apoio de diversas parcerias, tendo os seguintes dados sido obtidos através de uma entrevista informal com a diretora geral:

- Parcerias Operacionais: que ligam diretamente com os clientes, sendo exemplo as Atividades Socialmente Úteis (e.g.: Serviços de Correio, Infantários, Restauração...);
- Parcerias de Desenvolvimento: as que se relacionam com os estágios e as visitas universitárias; e
- Parcerias de Responsabilidade Social: relacionadas com atividades do âmbito social como a decoração do espaço dos sem-abrigo no natal.

Por fim, serão apresentadas as atividades e serviços oferecidos pela CERC Lisboa aos seus clientes.

## 1.7. Atividades e serviços

A instituição fornece aos seus clientes um vasto leque de atividades e serviços, caracterizados em seguida com base na observação da estagiária:

- ✚ **Atividade Motora:** atividades desenvolvidas pelos técnicos de reabilitação e psicomotricidade, no ginásio da CERCI, onde são realizadas tarefas que envolvem os fatores psicomotores; ainda inserido na atividade motora, encontram-se as caminhadas, que quando as condições meteorológicas o permitem, são desenvolvidas no exterior da instituição;
- ✚ **Atividade em Meio Aquático:** atividades desenvolvidas pelos técnicos de reabilitação e psicomotricidade e terapia ocupacional, no Complexo Desportivo Municipal do Casal Vistoso. No âmbito da reabilitação psicomotora, as atividades centram-se: respiração, equilíbrio, deslizes, propulsão e iniciação às técnicas de nado;
- ✚ **Terapia Ocupacional:**
  - **Snoezelen:** realização de atividades de estimulação sensorial com materiais da sala e exploração do espaço na sala de snoezelen;
  - **Estimulação Sensorial:** realização de atividades de motricidade global, lateralidade, postura, mobilidade e força;
  - **Expressão Plástica:** atividades de expressão plástica e cerâmica;
  - **Sessões de Movimento:** atividades com música, onde se trabalha as atividades da vida diária, a noção do corpo, a motricidade global e a cognição;
  - **Hidroterapia:** atividade realizada no Go Fit (Clube Desportivo na Comunidade), num tanque terapêutico, onde são realizadas tarefas de: cognição, equilíbrio, motricidade global e respiração;
- ✚ **Fisioterapia:** atividades de trabalho músculo-esquelético, que envolve: a mobilização de segmentos musculares, ativação de grupos musculares, manutenção das capacidades e relaxamento muscular;
- ✚ **Expressão Dramática:** atividades relacionadas com o movimento, a comunicação não-verbal, a estação do ano, a confiança no grupo e outras dinâmicas;
- ✚ **Dança:** atividades de movimento ao ritmo da música e de expressão corporal;

- ✚ **Bomb'arte:** grupo musical coreografado onde o instrumento central é o bombo;
- ✚ **Jornal e Debates:** jornal criado com a colaboração dos clientes e onde discutem diversos temas atuais e do seu interesse;
- ✚ **Quinta Pedagógica:** atividades de cerâmica, desenvolvidas no CAO dos Olivais;
- ✚ **Grupo de Participação:** todas as quartas-feiras à tarde, vários clientes dos três centros de CAO reúnem-se para tratar dos seus assuntos (necessidades, expetativas) e da organização da CERIC (instalações, recursos);
- ✚ **Atividades Socialmente Úteis:**
  - **Internas:** atividade que pretendem promover as competências dos clientes da CERIC Lisboa, dentro da instituição: apoio à limpeza e lavandaria, cozinha, limpeza, arranjo de exteriores;
  - **Externas:** atividade que pretendem promover as competências dos clientes da CERIC Lisboa, fora da instituição: correios de Portugal, infantários, restauração.

Em seguida, será apresentada a caracterização da população com quem a estagiária interveio, sendo descrito o diagnóstico de DID, nomeadamente a sua definição, critérios de diagnóstico, etiologia e características. Posteriormente, será realizada uma abordagem ao envelhecimento na DID, direcionada para os fatores psicomotores, dado ser uma realidade a que a instituição procura dar respostas adequadas.

## 2. Caracterização da População-Alvo

O presente capítulo centra-se na caracterização da população-alvo da CERIC Lisboa, mais especificamente do CAO CTVAA, dado o estágio curricular ter sido realizado neste espaço. Assim, e como referido anteriormente, a população admitida neste centro apresenta uma idade igual ou superior aos 16 anos, tendo como diagnóstico principal DID e/ou Multideficiência. Deste modo, será realizada uma revisão de literatura centrada na DID, abordando-se o conceito e as questões ligadas à evolução, diagnóstico, classificação, etiologia e as principais características, e no envelhecimento desta população dado ser uma situação recente com a qual a instituição se tem confrontado nos últimos anos, após a qual será possível, realizar a ponte com os casos no centro.

## 2.1. Definição e diagnóstico

Apesar das mais recentes evidências e investigações apontarem na emergência de se repensar a organização dos serviços e apoios a providenciar à população com DID para a funcionalidade e participação social, a nível nacional, a terminologia para as pessoas com DID ainda não é consensual (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a). Neste sentido, e acompanhando a evolução a nível internacional (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007) para o modelo biopsicossocial (McKenzie, 2013; OMS, 2001) onde o foco se centra, agora, na qualidade de relação entre o sujeito e o seu contexto, aparece, em Portugal, uma nova proposta para a renomeação da até agora “Deficiência Mental”: a Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a).

A mudança resultou do crescimento da investigação, de novas formas de equacionar a pessoa presente em diferentes documentos internacionais (e.g.: Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência – ONU, 2006) e nacionais (creditação das instituições – Moniz, 2007; Decreto-Lei n.º 3/2008) e da evolução das práticas profissionais, entre outros (Brown, Parmenter e Percy, 2009). As alterações atitudinais face a este subgrupo relevou o sentido negativo da palavra *deficiência* e o estigma associado, coadjuvado pelo novo paradigma da qualidade de vida, que enfatiza os apoios que os indivíduos necessitam, em detrimento do foco exclusivo nas dificuldades individuais, possibilitando uma avaliação que contribui para a planificação e implementação de intervenções, tendo em conta a subjetividade e a necessidade do indivíduo (Santos e Morato, 2012a).

A DID é, então, definida como uma perturbação do desenvolvimento com impacto a nível cognitivo e adaptativo que se reflete nos processos inerentes ao funcionamento intelectual, social e prático, antes dos 18 anos (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V, 2013; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010).

Deste modo, o diagnóstico é feito com base em três critérios: a capacidade intelectual, o comportamento adaptativo e a idade (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010), devendo os dois primeiros critérios serem avaliados por testes validados e padronizados. O funcionamento intelectual é medido através de testes de inteligência, verificando-se dificuldades significativas quando o quociente de inteligência se encontra dois ou mais desvios-padrão abaixo da média, assumindo-se o mesmo critério para as habilidades adaptativas (Schalock et al., 2010; Morato e Santos, 2007; Santos e Santos, 2007). Relativamente aos critérios do comportamento adaptativo, estes expressam-se ao nível das **habilidades conceptuais**, referentes a capacidades

cognitivas e académicas, como numéricas (e.g. percepção do tempo e dinheiro), verbais e espaciais (e.g. linguagem, leitura, escrita); das **habilidades sociais**, como as relações interpessoais, a autoestima, responsabilização social, resolução de problemas e capacidade de seguir regras; e, por fim, as **habilidades práticas** englobam as atividades do dia-a-dia, como o comer, o vestir/despir, ou atividades como as deslocações, saúde, lazer e segurança ainda, as competências profissionais, o uso do dinheiro, entre outros (Borthwick-Duffy, 2009; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007).

Na atual definição, existem cinco pontos essenciais que devem ser considerados: primeiro, o contexto em que a pessoa está inserida, enquadrando-se as dificuldades da pessoa e percebendo-se, também, qual é a expectativa cultural e de acordo com a faixa etária; a avaliação deve considerar a diversidade ao nível da cultura e da língua e outros fatores como a comunicação, sensoriais, motores e adaptativos; é relevante a compreensão da pessoa como alguém com capacidades e limitações; deve ser traçado um plano de desenvolvimento que compreenda os apoios necessários; que se adequados terão impacto positivo, num determinado período de tempo, na qualidade de vida da pessoa (Schalock e Luckasson, 2004; Schalock, et al., 2010).

## **2.2. Etiologia**

Relativamente às principais causas das DID, estas devem-se à presença de fatores de risco, nomeadamente biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais, bem como o momento de exposição a estes (Harris, 2010; Schalock et al., 2010). Especificando, os fatores biomédicos referem-se a processos biológicos implícitos como a nutrição e as alterações genéticas (e.g.: Trissomia 21, Síndrome X-Frágil), sendo que com a proliferação de estudos na área e de evolução no sentido de um melhor conhecimento sobre estas questões, sabe-se que mais de 70% das DID são conhecidas pela sua base genética (Percy, Lewkis e Brown, 2009). Por outro lado, os sociais dizem respeito aos comportamentos na dinâmica social e familiar potencialmente negativos, que podem conduzir a situações de risco e negligência como o consumo de substâncias tóxicas pelos progenitores (Harris, 2010; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010). Os educacionais correspondem ao conjunto de apoios educativos relacionados com o comportamento adaptativo e o desenvolvimento intelectual (Harris, 2010; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010). Estes fatores ainda podem ser classificados quanto ao momento em que ocorrem: pré-natais, perinatais ou pós-natais (Schalock et al., 2010). É observável maior tendência do género masculino para o diagnóstico de DID (Harris, 2010).

### 2.3. Classificação

Tal como referido, existe um novo paradigma e neste âmbito, a DID deixa de ser classificada pela severidade das dificuldades (e.g.: ligeira, moderada, severa e profunda – DSM-V, 2013) mas de acordo com o tipo de apoios que a pessoa necessita para se adaptar à comunidade onde está inserida, participando nas diversas atividades (Luckasson et al., 2002; Thompson et al., 2004; Thompson, Tassé e Schalock, 2008). Os apoios consistem em recursos e estratégias cuja finalidade passa por potenciar o funcionamento individual, a integração e a satisfação das pessoas em relação ao envolvimento, promovendo aspetos como o desenvolvimento, a educação, os interesses e o bem-estar (Luckasson et al., 2002; Santos e Morato, 2012a).

Relativamente à sua intensidade, os apoios podem dividir-se em **intermitentes** de carácter pontual e descontínuo, necessários em apenas alguns momentos de transição; **limitados** de natureza constante, com principal enfoque nos períodos críticos; **extensivos** sem limite de duração definida e presentes em contextos específicos do indivíduo (e.g.: escola ou o trabalho) e, por fim, os **permanentes** (ou constantes, estáveis e intensos presentes em vários domínios do desenvolvimento (Luckasson et al., 2002; Thompson et al. 2004, 2008).

Nesta abordagem, surgem quatro componentes sequenciais: identificar experiências de vida pretendidas e objetivos pessoais, tendo em conta uma variedade de áreas de apoio (e.g.: atividades de vida diária e comunitária) em que o foco é a qualidade de interação entre o próprio e o seu meio envolvente; definir e avaliar a intensidade das necessidades de apoio (tipo, frequência e duração), através de situações de observação direta e entrevistas realizadas ao próprio/prestadores de cuidados; elaborar um plano individual de apoio, que deve ser desenvolvido por uma equipa de profissionais, pelo próprio e família, para que as prioridades e preferências possam ser eficazmente determinadas; e o processo de monitorização, que assenta na avaliação do trabalho desenvolvido e que passa por se averiguar se essas experiências desejadas e objetivos formulados estão a ser cumpridos ou mesmo se ainda têm sentido e relevância, pela análise do plano individual (Thompson et al., 2009). De salientar que todo este processo tem por base a qualidade de vida das pessoas com quem se está a trabalhar (Buntinx e Schalock, 2010).

Nesta linha de pensamento, e na ponte com o trabalho prático desenvolvido ao longo deste estágio, adianta-se que a intervenção realizada pela estagiária foi sempre monitorizada diariamente, através dos registos de presenças e certificação de concretização de objetivos estipulados no projeto de vida dos clientes, realizado pela

equipa técnica, anualmente, tendo em conta as necessidades, desejos e limitações do indivíduo, na presença de técnicos, família e, caso possível, do próprio. No início do ano, foram revistos os objetivos e redefinidas as intensidades de apoios necessárias à concretização das atividades ou a completa definição de um novo objetivo, caso necessário, tendo a estagiária a oportunidade de participar nesta etapa.

## **2.4. Características**

Segundo Jankowicz-Szymanska, Mikolajczyk e Wojtanowski (2012), a DID afeta o indivíduo em várias esferas da sua vida, nomeadamente a nível cognitivo, motor, comportamental e social. Apesar da diversidade fenotípica e comportamental a literatura aponta um conjunto de características comuns ao diagnóstico de DID, pelo que em seguida, serão abordadas.

### **2.4.1. Domínio cognitivo**

Fonseca (2001) justifica as dificuldades a nível cognitivo, devido à existência de disfunções entre os processamentos, que geram desequilíbrios no processamento automático e superior. As funções que interferem na perceção e descodificação da informação, na compreensão verbal, memória e atenção, no processamento rápido de informação, na tomada de decisões e na capacidade de resolução estão alteradas (Carulla et al., 2011; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012d; Sartawi, AlMuhairy e Abdat, 2011).

Danielsson, Henry, Messer e Rönnerberg (2012), indicam que o funcionamento executivo se refere a processos de controlo e regulação do pensamento e ação, sendo que no caso dos indivíduos com DID se encontra modificado, nomeadamente, em tarefas relacionadas com o comportamento adaptativo. Assim, no caso dos indivíduos com DID é possível verificar dificuldades na planificação, raciocínio abstrato, resolução de problemas, compreensão simbólica e de atividades lógicas do quotidiano (Schalock et al., 2012). As dificuldades na antecipação da causa-efeito e do transfer para a vida diária afetando a necessidade de mais tempo para o processamento da informação e aquisições, associada à menor flexibilidade cognitiva e eficiência perceptivo-motora contribuem também para maiores dificuldades de síntese e transfer para as atividades de vida diária (Blasi, Elia, Buono, Ramakers e Nuovo, 2007).

No que concerne à memória, há uma menor capacidade de memorização, existindo a necessidade de mais repetições e tempo na tarefa para se dar a aprendizagem (Doka e Lavin, 2003), existindo uma lentidão no desenvolvimento da memória a curto prazo (Pennington e Bennetto, 1998). Relativamente à memória de trabalho, nomeadamente, na capacidade de se manter atento às regras da tarefa, os

indivíduos com DID apresentam dificuldades nesta área (Danielsson, et al., 2012; van der Schuit, Segers, van Balkom e Verhoeven, 2011).

No que se refere às dificuldades escolares apresentam-se como possíveis explicações, as limitações verificadas a nível cognitivo, tais como: os aspetos de atenção e concentração (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012d; Sartawi et al., 2011); ao nível da memorização (Santos e Morato, 2002), sendo verificado, de forma mais concreta, um desenvolvimento mais lento da memória a curto prazo (Sartawi et al., 2011), apresentando dificuldades em registar, rechamar e reutilizar informação (World Health Organization, 2007), dificuldades nas operações aritméticas simples e nos processos de leitura (Pennington e Bennetto, 1998). Ainda neste âmbito vários autores (e.g.: Santos, 2014; Santos e Morato, 2012d) apontam a menor tolerância à frustração, necessitando de motivação e incentivo constantes para a sua manutenção nas tarefas. Ainda de acordo com os mesmos autores, as pessoas com DID tendem a demonstrar dificuldades no tratamento de informação relevante, falta de organização e menor produtividade.

#### **2.4.2. Domínio linguístico**

Nas pessoas com DID verificam-se dificuldades na linguagem e comunicação, constatando-se um défice linguístico, pouco preciso e fluente, o que se traduz numa dificuldade na linguagem recetiva, integrativa e expressiva (Fonseca, 2001; Santos e Morato, 2002, 2012d; Woolf, Woolf e Oakland, 2010), devido a dificuldades ao nível fonológico e articular (Pennington e Bennetto, 1998).

Os indivíduos com DID apresentam limitações em categorizar objetos, no desenvolvimento léxico, atraso significativo nos fonemas, na sintaxe e na inteligência não-verbal (van der Schuit et al., 2011), no vocabulário abstrato, na conjugação de verbos e na repetição e criação de histórias (Fowler, 1998).

As dificuldades a nível da linguagem trazem repercussões na compreensão e expressão (Roque e Santos, 2010; Santos e Morato, 2002, 2012d; Woolf et al., 2010), manifestando-se por dificuldades na articulação de palavras, linguagem oral e escrita (Sartawi et al., 2011; Zikl, Holoubková, Karásková e Veselíková, 2013), pela imitação vocal, comprimento e duração do enunciado e sintaxe expressiva (Jacobson, Mullick e Rojahn, 2007). Estas questões afetam a qualidade da relação com a comunidade (Jankowicz-Szymanska et al, 2012) e os comportamentos destes indivíduos (Bodfish, 2009). Assim, é possível verificar dificuldades nas habilidades típicas de conversação provenientes da dificuldade na aprendizagem de frases complexas, no processamento de

informação e nas dificuldades em compreender e ser compreendido (Jacobson et al., 2007).

Deste modo, tem vindo a existir uma preocupação em incidir na intervenção nesta área, sendo que, para Correia (2009), as competências básicas para a leitura são: a leitura funcional, a compreensão de símbolos, a leitura de mensagens simples, a somatognosia e a interiorização da lateralidade, a estruturação espaço-temporal e a maturidade perceptiva.

### **2.4.3. Domínio emocional e social**

De acordo com Verdugo e Bermejo (2001), as dificuldades específicas em competências verbais e não-verbais condicionam a interação social, que não sendo eficaz provoca consequências ao nível da autonomia e na integração na sociedade, condicionando as relações sociais (Jankowicz-Szymanska et al., 2012). Um outro fator que condiciona a aprendizagem de comportamentos sociais, é a dificuldade na interpretação de ações de outros indivíduos (Wuang, Wang, Huang e Su, 2008).

Santos (2010) refere que é possível constatar nos indivíduos com DID, a presença de comportamentos estereotipados e de autoestimulação, que podem levar a dificuldades em organizar todos os estímulos captados e em limitações corporais e motoras ao nível dos planos de ação reduzidos, levando a dificuldades na autoavaliação, na motivação e na estabilidade emocional (Jankowicz-Szymanska et al., 2012).

No que se refere aos problemas emocionais, indivíduos com DID, quando comparados com os seus pares, apresentam reduzida iniciativa e participam de forma passiva nas atividades (Heiman, 2000; Santos e Morato, 2012d) o que, por sua vez, se pode relacionar, com o facto de a comunicação estar fragilizada (Santos e Morato, 2012d), ou devido, ainda, a aspetos relacionados com a falta de participação em diversas atividades (e.g.: lazer), devido às barreiras na deslocação ou por limitações pessoais (e.g.: cognitivas) e sociais ao nível do relacionamento interpessoal (Heiman, 2000). Nesta população verifica-se, frequentemente, a necessidade de aumento do incentivo externo para a permanência nas tarefas, devido à, já apresentada, baixa tolerância à frustração, em conjunto com as dificuldades de concentração e atenção (Santos e Morato, 2012d).

Quanto à socialização, crianças com DID, apresentam, genericamente, um reduzido número de amigos, poucas atividades sociais e isolamento, podendo dever-se a dificuldades a nível motor, cognitivo, na comunicação e de competências sociais (Kasari e Bauminger, 1998). Do mesmo modo, segundo os autores, em relação às habilidades sociais, podem apresentar-se menos competentes no reconhecimento e resposta às

emoções do outro e, segundo Roque e Santos (2010) apresentarem tendência para um certo isolamento em atividades de cooperação. Outros aspetos passam por, interagirem de forma prevalente com pessoas mais velhas, comparativamente a pares da mesma idade (Sartawi et al., 2011; Solish, Perry e Minnes, 2010), e, segundo Santos e Morato (2012d), apresentarem algum descontrolo emocional quando contrariados.

#### **2.4.4. Domínio adaptativo**

A população com DID apresenta, de uma forma geral, dificuldades nos comportamentos adaptativos, i.e., maiores necessidades de apoio nas atividades do quotidiano, e também maiores comportamentos desajustados do que os seus pares sem DID (Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e), traduzindo-se por limitações a nível cognitivo, motor e social (Santos e Morato, 2002).

Assim, a autonomia apresenta-se como área com limitações, em indivíduos com DID, nomeadamente em aspetos como a alimentação, a utilização da casa de banho, questões de segurança e mobilidade (Santos e Morato, 2012d; Woolf, et al., 2010), sendo, ainda, de realçar que questões como higiene pessoal, alimentação e de vestir/despirm que, habitualmente, são adquiridas durante a infância, apresentam limitações nos indivíduos com DID (Woolf et al., 2010).

Quanto às atividades económicas são também referidas algumas dificuldades, em indivíduos com DID, podendo, no entanto, ser associadas a condições socioeconómicas familiares baixas, que conduzem à reduzida estimulação desta área no indivíduo, não contactando no dia-a-dia com tais aspetos (Santos e Morato, 2012d), bem como na superproteção (Santos, 2010; Santos e Gomes, 2016).

No que concerne à parte escolar, os indivíduos com DID, como já referido, apresentam dificuldades na aquisição de competências académicas, nomeadamente na consolidação e generalização de aprendizagens e integração no contexto/dinâmicas escolares, em relação aos pares, sem DID (Bildt, Sytema, Kraijer e Minderaa, 2005; Santos e Morato, 2002; Woolf et al., 2010).

Ao nível das atividades profissionais, verificam-se dificuldades em arranjar um emprego fixo (Santos e Morato, 2012d; Woolf et al., 2010; Zetlin e Morrison, 1998), podendo dever-se a aspetos como baixos níveis escolares, dificuldades de organização e precisão no trabalho, restrições na assiduidade (apresentando fragilidades imunológicas que implicam a dependência de terceiros nas deslocações a serviços de saúde) e, ainda, na produtividade reduzida, justificada também por tais aspetos (Santos e Morato, 2012d).

No que se refere aos problemas ao nível da personalidade, indivíduos com DID, quando comparados com os seus pares, apresentam reduzidas iniciativas e participam de forma passiva nas atividades (Heiman, 2000; Santos e Morato, 2012d) o que, por sua vez, se pode relacionar, com a comunicação fragilizada (Santos e Morato, 2012d), com a falta de participação em diversas atividades, de lazer, dado as deslocações às mesmas não serem possíveis, ou com limitações pessoais (e.g. cognitivas), e competências sociais, no relacionamento interpessoal (Heiman, 2000).

Em relação à responsabilidade, os indivíduos com DID, apresentam falta de proteção/cuidado com os pertences, descurando, de certa forma, o material do próprio e/ou dos outros (Santos e Morato, 2012d). Segundo os autores, os comportamentos podem associar-se, mais uma vez, à falta de atenção e motivação e, adicionalmente, verificam-se dificuldades ao nível da pontualidade. Os indivíduos com DID apresentam ainda dificuldades a nível da compreensão de regras/conduitas, face às suas limitações ao nível cognitivo e de memorização de situações inadequadas, do quotidiano (Santos e Morato, 2012d).

Os comportamento estereotipados, hiperativos e/ou autoabusivos, são também de salientar, dado serem, uma forma de auto-estimulação e auto-satisfação, podendo decorrer das dificuldades na organização dos inúmeros estímulos recebidos a cada momento (Ribeiro, 1996; Santos e Morato, 2002, 2012d). Deste modo, o comportamento sexual desajustado (e.g. em qualquer local e contexto), pode dever-se ao fraco desenvolvimento e desconhecimento do tema pela população em causa (Santos e Morato, 2012d). Ainda, é de referir que os indivíduos com DID apresentam dificuldades ao nível da autoestima (Ribeiro, 1996) apresentando, opiniões pessoais sobrevalorizadas, expectativas futuras irrealistas, não identificando as suas limitações (Santos e Morato, 2012d).

Por fim, em relação a problemas de comportamento (e.g.: agressão verbal e física; auto-abusivo, comportamento sexualmente agressivo, destruição de propriedade/material ou outros comportamentos desafiadores - Borthwick-Duffy, 1994; Crocker et al., 2006), é de referir que estes indivíduos apresentam instabilidade emocional e mudanças repentinas de humor, assim como dificuldades em percecionar as suas reais capacidades (Santos e Morato, 2012d), que, conjugados a dificuldades de comunicação, conduzem a comportamentos de agressividade como expressão das emoções (Sartawi, et al., 2011).

#### **2.4.5. Domínio psicomotor**

Os indivíduos com DID no seu desenvolvimento apresentam dificuldades nas aquisições sensoriomotoras que irão condicionar todo o funcionamento do indivíduo, levando a

alterações nas funções cognitivas que afetam o desempenho motor, estando associada à falta de motivação e exploração (Wuang, et al., 2008), gerando limitações específicas verbais-motoras, posturas atípicas, limitações nas tarefas cognitivas visuo-espaciais com repercussões ao nível da praxia fina e global (Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher, 2010; Wuang et al., 2008).

A atividade simbólica, memória, manutenção da atenção e concentração na tarefa e na autorregulação do comportamento encontram afetados nos indivíduos com DID (Pennington e Bennetto, 1998), com um desenvolvimento mais lento da memória a curto prazo (Sartawi et al., 2011). Estas questões, condicionam a compreensão de regras, derivadas das limitações de memória, que também afetam o funcionamento quotidiano do indivíduo (Santos e Morato, 2012d), com repercussões no transfer de aprendizagens para a vida diária (Sartawi et al., 2011).

Assim, e de acordo com Fonseca (1995), nas pessoas com DID, as componentes relativas ao processamento de informação e dos fatores psicomotores, estão menos disponíveis e acessíveis, repercutindo-se em limitações ao nível da tonicidade, equilíbrio, praxias global e fina, entre outros fatores. As componentes essenciais à execução e ao processamento também se encontram com alguns danos, nomeadamente menor precisão e maior lentidão, que se expressam em dismetrias, dissincronias, dispraxias (Fonseca, 1995), dificuldades na locomoção, equilíbrio, mobilidade, coordenação, manipulação (Fonseca, 2001) e destreza manual, que acarretam implicações nas atividades da vida diária (Zikl et al. 2013).

Nas pessoas com DID é possível constatar dificuldades ao nível da tonicidade e na equilíbrio, que afeta a atenção seletiva e a inibição e controlo (Fonseca 2010), existindo dificuldades tanto a nível da equilíbrio estática como dinâmica (Vjuik et al., 2010). No que concerne à lateralização, uma desorganização neste fator pode condicionar as aprendizagens simbólicas, a especialização hemisférica e as questões ligadas à emoção, particularmente, à sua expressão e à memória (Santos, 2010). Uma fraca noção corporal pode evidenciar dificuldades no reconhecimento do Eu, na organização do espaço em termos físicos e mentais e problemas na exploração tátil (Santos, 2010). Na linha de pensamento da autora, dificuldades na estruturação espaço-temporal pode dificultar os processos de “análise, integração e memória” (p. 5). Por fim, ao nível das praxias, é possível salientar problemas neste fator manifestam-se em “dificuldades na planificação motora” (Santos, 2010, p. 5), na sequência motora e na necessidade de um aumento de tempo na tarefa (Hartman, Houwen, Scherder e Visscher, 2010).

Ao nível do desenvolvimento motor, os indivíduos com DID manifestam dificuldade na coordenação visual e motora, na precisão de movimentos e na inibição e aprendizagem de novas formas de atividades, sendo que manifestam resultados inferiores em tarefas motoras que exigem a combinação de duas atividades (Jankowicz-Szymanska, et al., 2012), conduzindo a uma menor velocidade de resposta e menor precisão de movimentos (Barnhill e Kartheiser, 2007).

No que se refere à motricidade global, os indivíduos com DID apresentam melhores habilidades nas tarefas ligadas a esta do que à motricidade fina (Wuang et al., 2008), sendo ainda de salientar que os indivíduos com maiores dificuldades no desenvolvimento motor, apresentam mais necessidade de apoios (Zikl, et al., 2013). Relativamente à motricidade fina, dificuldades no processamento sensorial podem afetar as habilidades de leitura e escritas e as dificuldades na preensão fina condicionam a aprendizagem da escrita (Wuang, et al., 2008).

Dados os casos acompanhados no CTVAA, pertencerem a uma população com DID mais envelhecida, descreve-se, em seguida, o envelhecimento na DID e as características psicomotoras destes indivíduos.

## **2.5. Envelhecimento na DID**

Segundo Pinheiro e Santos (no prelo), o aumento da esperança média de vida da população com DID, tem conduzido ao aparecimento de um novo grupo populacional, os gerentes com DID, levantando novas questões sociais, nomeadamente para as instituições, famílias e prestadores de cuidados que necessitam de outro tipo de serviços e recursos. A esperança média de vida aumenta em indivíduos com DID que possuem maior mobilidade e integração social, sendo inversamente proporcional com maiores necessidades de apoio (Coppus, 2013). Deste modo, o envelhecimento na DID é um facto real, verificando-se ainda, uma escassez nas respostas ao nível da intervenção com esta população, sendo fundamental rever os modelos que têm vindo a ser aplicados (Peralta, Neto e Marques, 2013).

Como em qualquer processo de envelhecimento, existe uma diminuição da saúde física e intelectual, da independência e da autonomia, associada ao isolamento social, e no caso da DID, essas dificuldades são mais acentuadas, tornando-os num grupo mais vulnerável com repercussões na estrutura familiar e nos sistemas de apoio (Peralta, et al., 2013). De forma a ser dada resposta a estas necessidades, é fundamental conhecer os processos implicados no envelhecimento das pessoas com DID, em geral e na intervenção psicomotora, em particular (Pinheiro e Santos, no prelo). Segundo Fonseca (2001), a nível psicomotor, ocorre um declínio associado ao envelhecimento normal,

designado por retrogênese psicomotora, em que há uma diminuição das competências presentes nos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina) e nas competências perceptivas (atenção, seleção de informação e programação da resposta motora). Um outro processo que decorre do envelhecimento não patológico é a lentificação psicomotora que se caracteriza por um aumento no tempo de reação e execução de um movimento (Barreiros, 2006).

Dada a necessidade crescente para dar resposta aos indivíduos gerontes com DID, é fundamental identificar o declínio psicomotor e funcional presente nestes, a fim de averiguar qual a melhor intervenção a ser implementada, podendo tornar-se fundamental, para a despistagem, prevenção e diagnóstico (Pinheiro e Santos, no prelo). Em seguida, será realizada uma abordagem a nível psicomotor, das consequências do envelhecimento nas pessoas com DID.

### **2.5.1. Fatores psicomotores**

De acordo com Juhel (2010) e Peirats e Burgos (2010), no processo de envelhecimento normal ocorre uma diminuição da massa muscular e perda de força muscular, alterações nas funções sensoriais, na capacidade de concentração, na memória e nas relações sociais, surgindo, estas alterações, mais cedo na DID, sendo a idade de declínio mais aceite, atualmente, os 45 anos (Cox, Clemson, Stancliffe, Durvasula e Sherrington, 2010). Durante este processo, ocorre o aparecimento de problemas respiratórios e um aumento da pressão sanguínea, que origina a diminuição do ritmo cardíaco (Peirats e Burgos, 2010).

Em termos cognitivos, começa a surgir uma maior lentidão nos processos de reação aos estímulos, que dificulta a aprendizagem de novas habilidades e alterações na memória (Peirats e Burgos, 2010). Relativamente à vigilância, constata-se uma diminuição na manutenção da atenção na tarefa e na discriminação de estímulos relevantes (Richards, Brady e Taylor, 2015), nomeadamente na memória perceptiva e verbal (Burt et al., 2005). Ao nível cognitivo, ainda ocorre uma diminuição na capacidade de resolução de problemas e na capacidade de expressão verbal, nos indivíduos com DID (Peirats e Burgos, 2010).

Os gerontes com DID apresentam mais problemas de saúde comparativamente aos gerontes sem DID, existindo um declínio das suas competências cognitivas e um aumento significativo das suas limitações (Pinheiro e Santos, no prelo), conduzindo a dificuldades na compreensão de tarefas (Oppewal, Hilgenkamp, Wijck e Evenhuis, 2013).

De acordo com Burt e colaboradores (2005), os adultos com Trissomia 21 possuem um maior risco de demência, em idade mais precoce que a população em geral, existindo alterações cognitivas associadas à degeneração neuronal, que limitam a memória, a aprendizagem e a retenção de informação (Burt et al., 2005; Sano et al., 2005). No que concerne às questões emocionais, os indivíduos com DID apresentam uma diminuição da autoestima e da autoconfiança, proveniente da diminuição das atividades e do afastamento dos familiares e amigos (Peirats e Burgos, 2010).

Com o envelhecimento surgem problemas na regulação tónica, que perturbam o processo de contração/descontração muscular, afetando todo o controlo motor (Juhel, 2010). Esses problemas, advêm de défices nos neurotransmissores que conduzem a alterações do movimento, resultantes de hipocinésias e hiperkinésias (Calenti et al., 2002 cit in Pinheiro e Santos, no prelo). No que se refere ao equilíbrio, a diminuição da integração dos sistemas sensoriais e motores, conduz a problemas na coordenação e nas atividades motoras (Juhel, 2010). Fiúza, Morais, Santos e Lebre (2013) referem que com o envelhecimento ocorrem alterações psicomotoras no equilíbrio e controlo postural, que advêm de uma desorganização das informações visuais, propriocetivas e vestibulares. Deste modo, com o envelhecimento, os recetores (e.g.: visão, sentido quinestésico, audição) começam a apresentar falhas que conduzem a problemas no equilíbrio (Juhel, 2010).

No que se refere ao equilíbrio estático e dinâmico, a população com DID de idade superior a 50 anos, manifesta problemas ao nível do equilíbrio dinâmico, velocidade e marcha (Carmeli, Zinger-Vaknin, Morad e Merrick, 2005). Aquando das alterações de equilíbrio, os idosos ficam mais expostos a quedas, principalmente o género feminino e a partir dos 45 anos (Oppewal, et al., 2013), conduzindo à perda de autonomia causada por inseguranças e medos (Fiúza et al., 2013). Alguns dos fatores de risco para as quedas em indivíduos com DID são o envelhecimento, a mobilidade reduzida, a epilepsia, condições de paralisia e doença de Parkinson, sendo que a severidade da DID não é considerado um fator de risco (Chiba et al., 2009; Cox et al., 2010; Enkellar, Smulders, Lantman-de Valk, Weerdesteyn e Geurts (2013), padrões de marcha atípicos, impulsividade e distratibilidade, dificuldades visuais e perturbações motoras (Hale, Bray e Littmann, 2007). Dois outros sistemas que condicionam o equilíbrio são os sistemas vestibulares e cerebrais que afetam a chegada de informação dos movimentos no espaço (Juhel, 2010).

Segundo Fiúza et al., (2013), o esquema corporal está relacionado com o conhecimento que o indivíduo manifesta sobre o seu corpo, em repouso ou em

movimento, bem como a sua relação com o meio envolvente. Com o envelhecimento surgem dificuldades na perceção e orientação, na motricidade, na representação mental do corpo, na dificuldade na organização coerente de gestos no espaço, dificuldades nas interações sociais e na higiene pessoal (Juhel, 2010). Para Haveman et al., (2009), as dificuldades na noção do corpo nos gerentes com DID, traduzem-se em repercussões na comunicação em geral. Deste modo, a restauração do esquema corporal, permite um equilíbrio e uma sensação de bem-estar, possibilitando que o gerente se reconcilie com o seu próprio corpo (Juhel, 2010).

A orientação espacial permite ao indivíduo estruturar o espaço exterior, o seu próprio e o de outra pessoa ou objeto. No decorrer do envelhecimento, as dificuldades no esquema corporal, afetam a perceção do corpo no espaço, interferindo na orientação espacial (Juhel, 2010). Assim, a lentidão nos processos de reação aos estímulos, limita a passagem de informação e gera desorientação em termos espaciais e temporais (Peirats e Burgos, 2010).

De acordo com Juhel (2010), a noção de tempo é abstrata, sendo difícil de compreender. O tempo pode ser objetivo, quando medido em horas e subjetivo, quando a duração se trata de um episódio medido pela própria pessoa. Para Juhel (2010) as principais dificuldades psicomotoras nos gerentes residem na orientação temporal, muito associada à memória, que se encontra afetada devido à lentidão nos processos neurais (Burt et al., 2005).

A motricidade global compreende aspetos como a coordenação, dissociação, agilidade, força, resistência e equilíbrio, sendo as estruturas neurológicas que ordenam a execução dos movimentos das diferentes grupos musculares e articulares (Juhel, 2010). A coordenação motora, aquando do envelhecimento pode gerar uma alteração nos movimentos automáticos e voluntários que conduzem a problemas nos movimentos finos (Juhel, 2010), sendo que no caso da DID a fragilidade e dificuldades surgem antes dos 50 anos (Evenhuis, Hermans, Hilgenkamp, Bastiaanse e Echteld, 2012).

Ao longo do envelhecimento normal, denota-se ainda, o aparecimento de perturbações ao nível músculo-esquelético, que originam a inflamação e destruição da cartilagem, levando ao aparecimento de artrites e artroses (Peirats e Burgos, 2010), mais acentuado na DID.

Todas estas alterações provocam repercussões na prática de atividade física, que condicionam o bem-estar e as relações interpessoais, que conduzem a uma diminuição da autoestima, autoconfiança e isolamento social, bem com a uma diminuição da

funcionalidade diária, associada ao processo de envelhecimento, com problemas a nível do controlo motor, equilíbrio, coordenação, execução de movimentos, equilíbrio, controlo postural e desorganizações nas informações sensitivas. De modo a diminuir o impacto destas alterações, é necessário que os técnicos desenvolvam atividades, diariamente, com o objetivo de minimizar as dificuldades e limitações dos clientes, ao nível físico, sendo, posteriormente, referido no relatório como é que esse tipo de trabalho foi desenvolvido pela estagiária.

## **2.6. Correlação das características dos casos observados no CTVAA com envelhecimento na DID**

A revisão de literatura anterior, possibilitou enquadrar as vivências experienciadas pela estagiária, procurando conhecer melhor como a DID se manifesta em termos práticos, tendo em conta a individualidade de cada cliente. Uma das questões com a qual a estagiária se deparou, foi o envelhecimento na DID e o desafio enfrentado pela CERC Lisboa para dar resposta a esta nova geração de indivíduos com outras necessidades de apoios.

No caso dos indivíduos do CTVAA, as dificuldades na descodificação da informação, na compreensão verbal, memória a curto prazo e atenção seletiva, originam problemas na compreensão da tarefa, na manutenção da atenção e na re Chamada da informação, alterando a sua capacidade de executar uma tarefa. Nesta população também ocorrem problemas ao nível da compreensão e expressão verbal, afetando as competências sociais, a integração social, a autonomia, bem como os comportamentos desajustados. Os clientes da CERC Lisboa, através de diversas situações observadas pela estagiária e como indica a literatura, apresentam alterações nas funções cognitivas, devido ao processo de envelhecimento, que afetam o desempenho motor, condicionando as aprendizagens, sendo os processos mais lentos, gerando dificuldades nos domínios psicomotores, como a locomoção, equilíbrio, mobilidade, coordenação e manipulação. De forma a minimizar o impacto das alterações referidas, anteriormente, foram implementadas diversas atividades, nas sessões no ginásio, que implicavam caminhadas e subida e descida de escadas, circuitos de equilíbrio, mobilizações ativas, atividades de capacidade física e funcional e alongamentos.

Deste modo, e como indica a literatura, existe a necessidade de ajustar os atuais e criar novos sistemas de apoios para estes indivíduos, passando a conhecer os processos ligados ao envelhecimento e permitindo reestruturar a intervenção que lhes é fornecido, a fim de diminuir o impacto do envelhecimento na DID.

Em seguida, é explicada a importância de todo o processo de avaliação e intervenção psicomotora e o seu contributo na intervenção da população com DID.

### **3. Importância da Avaliação Psicomotora**

A avaliação surge como um instrumento de diagnóstico psicomotor que direciona a intervenção (Pitteri, 2004; Boscaini, 2004), de forma a adaptá-la ao indivíduo (Pitteri, 2004), através da formulação do plano de intervenção com base nos resultados avaliação obtidos (Pitteri, 2004; Fonseca, 2012). Esta avaliação possibilita traçar o perfil do avaliado, relativamente às suas capacidades e dificuldades, contribuindo para a criação de uma ligação positiva e forte entre o indivíduo e a sua intervenção e facilita a comunicação entre a equipa envolvida na análise da evolução do avaliado, e, inclusive, numa nova avaliação do plano, para a comparação das práticas (Pitteri, 2004).

A avaliação psicomotora é realizada através do corpo, com base numa abordagem global do indivíduo, centrando-se, fundamentalmente, a nível funcional e relacional/afetivo (Boscaini, 2004; Fonseca, 2012; Pitteri, 2004), nas competências psicomotoras, atitudes e comportamentos (a nível neuromotor, sensorio-motor, de representação corporal e organização espaciotemporal) e psicoafetivo (por intermédio do tipo de relação estabelecida com o psicomotricista, da responsabilidade, autoestima e expressão investida nas experiências vivenciadas - Pitteri, 2004). Ao longo do processo terapêutico, surgem inicialmente, os “aspectos positivos” da pessoa, nomeadamente os seus gostos e competências, sendo no decorrer da relação afetiva e segura, que surgem as dificuldades, pelo que se deve captar a personalidade psicomotora, tendo por base o comportamento motor e elementos objetivos e subjetivos que dele provêm (Costa, 2008) na análise da expressão dessas dificuldades nas atividades de vida diária de cada sujeito.

A avaliação psicomotora, ao centrar-se na análise corporal, tem como finalidade detetar sintomas para serem alvo de intervenção (Boscani, 2004), e baseia-se na observação psicomotora, testes, e exames psicmotores (Saint-Cast, 2004). Apesar da necessidade de instrumentos psicmotores padronizados e validados (Morais, Santos e Lebre, 2016; Rivière, 2010), o que se constata em Portugal é ainda a “simples” tradução e re-aferição para outras populações (Saint-Cast, 2004). O exame psicomotor engloba todas as atitudes e práticas que possam estar associadas a um problema psicomotor (Saint-Cast, 2004). A observação psicomotora consiste num processo de avaliação global do sujeito (Fonseca, 2010), centrada na avaliação das suas capacidades, envolvidas no movimento, através de uma observação minuciosa dos seus comportamentos e ações (Saint-Cast, 2004). No entanto, Rivière (2010) apela à utilização, na intervenção

psicomotora, de instrumentos adequados para o diagnóstico, avaliação e intervenção das perturbações psicomotoras.

Em todo o processo de avaliação, é importante conhecer os motivos do encaminhamento e obter os dados anamnésicos do indivíduo, nomeadamente: história pessoal, familiar, escolar e clínica (Costa, 2008; Fonseca, 2012), ao mesmo tempo que se deve atentar nos interesses da pessoa, na qualidade do gesto, na intencionalidade do movimento, nos aspetos relacionados com os fatores psicomotores, na assertividade, capacidade de linguagem e conteúdo do discurso, olhar, curiosidade, no tipo de relação com os seus pares e com os objetos, na atitude revelada nas atividades e na gestão da distância (Costa, 2008). A avaliação psicomotora deve ser direcionada para um objetivo, ao mesmo tempo que se faz acompanhar de um cariz mais lúdico e afetivo (Boscaini, 2004; Fonseca, 2010), para que, em equipa, seja possível definir as estratégias de intervenção (Pitteri, 2004; Costa, 2008) mais adequadas e personalizadas.

#### **4. Intervenção Psicomotora**

A psicomotricidade é uma terapia sistémica e holística da abordagem do ser humano interligando os seus diversos domínios, comportamentais, motor, afetivo e até cognitivo, sendo diferente de outras áreas de intervenção na medida em que, através do corpo em relação, em movimento, é proporcionada aos sujeitos a possibilidade de reencontrar a harmonia do EU (Fonseca e Martins, 2001). Deste modo, é uma intervenção não-verbal e no aspeto motor (Raynaud, Danner e Inigo, 2007).

De acordo com Fonseca (2001), a psicomotricidade é composta por uma mediatização corporal e expressiva, que ajuda o terapeuta a promover alternativas às condutas pouco adequadas do indivíduo, ou seja, fomenta uma readaptação ou uma adaptação do mesmo. Deste modo, o psicomotricista intervém em dificuldades de desenvolvimento e maturação psicomotora (incidência corporal), dificuldades de aprendizagem e comportamento (incidência cognitiva), e dificuldades de natureza psicoafetiva (incidência relacional - Fonseca 1981 cit in Martins 2001).

Na intervenção psicomotora existe uma intencionalidade terapêutica, acompanhada de uma visão, holística do indivíduo, e todas as experiências por este vividas são resultado do meio na qual está inserido (Fonseca, 2001). Segundo a APP (s.d., Para. 18), a intervenção psicomotora pretende promover “a perceção e a consciência corporal, a expressão dos afetos e emoções, a autorregulação do comportamento, as competências sociais, o reforço da identidade e a adaptação nos contextos relacionais de forma segura e confiante”. Este processo envolve: a noção de

esquema corporal e imagem corporal, o pensamento simbólico, e a noção de espaço e tempo (Costa, 2003, 2008).

A intervenção psicomotora é uma terapia de mediação corporal que permite ao indivíduo reencontrar o prazer sensorio-motor através do movimento e regulação tónica, nomeadamente, através da componente lúdica (Fonseca e Martins, 2001). Como tal, e a partir do movimento e do jogo, são percecionadas outras problemáticas para além das dificuldades iniciais (e.g. motoras, sensoriais), questões que podem exigir outras técnicas e métodos de intervenção (Hölter, 2004). A comunicação corporal é privilegiada (Vecciato, 1989), uma vez que é mais rica, global e imediata, fomentando a expressão da problemática afetiva e dos seus medos (Costa, 2008). Para Martins (2001), o corpo é o instrumento de trabalho do psicomotricista, sendo através dele que o indivíduo estabelece constantes interações com os contextos. Desta forma, o corpo é visto como um meio de expressão motora, mental e emocional, nos quais são visíveis posturas, atitudes, gestos e mímicas (Martins, 2001). Assim, uma inter-relação entre o movimento e a linguagem é um aspeto crucial nas sessões, pois permite uma comunicação, informação, percepção, reflexão e exteriorização dos estados da consciência (Fonseca, 2012). Segundo Martins e Rosa (2005), a intervenção psicomotora permite melhorar o tempo de concentração e atenção na tarefa, desenvolver capacidades que promovam o autocontrolo e auto-regulação, atenuando os comportamentos desapropriados e melhorando as habilidades sociais, a compreensão e a expressão da comunicação não-verbal.

A intervenção psicomotora pode assumir uma vertente mais instrumental ou mais relacional: a primeira mais direcionada para a resolução de problemas, a verbalização e a tomada de consciência sobre o que viveu; e a segunda centra-se na interação entre o psicomotricista e o indivíduo, predominando uma componente psicoafetiva e recorrendo-se, essencialmente, ao jogo simbólico (Costa, 2005), sendo que, no caso da intervenção realizada no CTVAA, a vertente instrumental foi a predominante. Ao longo de todo o estágio, foi assumida a intervenção psicomotora reeducativa e terapêutica, tendo por base uma visão sistémica dos clientes com quem se interveio, numa análise individual de como cada um dos clientes se adaptava e interagia com as exigências e parâmetros sociais, no sentido de um planeamento de sessões e atividades mais ajustadas e com maior probabilidade de transfer para a vida diária.

De acordo com as ideias apresentadas anteriormente, será fundamental desenvolver a importância da intervenção psicomotora na população com DID, dado este ser o diagnóstico de grande parte dos clientes acompanhados no CTVAA. Tal como

referido, a DID é classificada de acordo com o tipo de apoios necessários à participação na comunidade (Luckasson et al., 2002; Thompson et al., 2004, 2008).

#### **4.1. Intervenção psicomotora em indivíduos com DID no CTVA**

A perspectiva de empoderamento e de auto-determinação por parte das pessoas com DID, exige aos técnicos uma reorganização das suas intervenções, que se devem agora focar nos apoios para uma relação estável e funcional entre a pessoa e os contextos, através de processos de avaliação mais adequados e individualizados (Santos e Morato, 2012a), sendo que a ideia base é que com os apoios adequados, a qualidade de vida do sujeito irá melhorar (Schalock e Luckasson, 2004; Schalock et al., 2010).

De acordo com Albuquerque (2005), é fundamental ter em conta as características do indivíduo e o seu contexto, possibilitando que as suas aprendizagens se enquadrem com o que é considerado mais significativo e prioritário para este. Deste modo, tendo em conta que nos indivíduos com DID o seu ritmo de desenvolvimento é mais lento, torna-se preferível dar destaque a aprendizagens que sejam essenciais e que possam ser postas em prática e experienciadas, com o propósito de potencializar as suas competências (Albuquerque, 2005). A intervenção psicomotora pretende fomentar a readaptação do sujeito ao envolvimento, nos mais diversos papéis assumidos pelo próprio (Fonseca, 2001).

Neste campo, a estagiária e ao longo de toda a sua intervenção nos diferentes contextos, teve sempre como foco as características de cada cliente e os ritmos próprios de aprendizagem, ao mesmo tempo que as atividades implementadas objetivavam a melhoria da funcionalidade diária de acordo com as exigências da tarefa, com as expectativas relativas à idade cronológica e valores sócio-culturais de cada cliente, visando a melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, através da intervenção psicomotora e da prática de um estilo de vida ativo, é possível trabalhar diversas competências motoras, nomeadamente a mobilidade articular, força muscular, equilíbrio, coordenação motora, agilidade, execução de movimentos e orientação espacial, que são algumas das aquisições fundamentais para a execução das atividades da vida diária (e.g.: higiene, alimentação, vestuário e deslocações).

A avaliação e observação psicomotora são processos que se realizam aquando da aceitação de novos clientes no CTVA, ocorrendo re-avaliações anuais e definições de objetivos individualizados para todos os clientes, com a respetiva revisão ao longo da intervenção. Esta situação ocorreu na fase inicial do estágio, onde a estagiária observou os clientes, realizou avaliações e traçou objetivos, antes de começar a intervenção

psicomotora, propriamente dita. No capítulo da descrição da prática psicomotora da estagiária, serão apresentados os procedimentos e os instrumentos de observação e avaliação concretizados ao longo do ano letivo.

Neste sentido, e para proporcionar uma intervenção de qualidade, o CTVAA realiza semanalmente reuniões multidisciplinares entre os técnicos a fim de discutir a intervenção mais adequada para cada caso. No início de cada ano, são revistos os casos e delineados os objetivos tendo em conta as atuais capacidades, as necessidades das famílias e as expectativas dos clientes, sendo as atividades socialmente úteis um bom exemplo de promoção das competências com base nos gostos pessoais dos clientes da CERC Lisboa. No caso específico da estagiária, esta teve a oportunidade de discutir quais os objetivos mais adequados aos clientes dos seus grupos de intervenção, tendo em conta as suas capacidades e necessidades, contribuindo assim para a delimitação dos objetivos específicos destes. Aquando da entrada de um novo cliente para um grupo de intervenção, a estagiária também teve a oportunidade de dar a sua opinião acerca do grupo que seria mais adequado para este.

A intervenção psicomotora, e contextualizada no novo paradigma de atuação com as pessoas com DID, é um dos apoios que as instituições e organizações proporcionam aos seus clientes (e.g.: na CERC Lisboa), onde através do movimento e ação na experiência concreta, vividos e refletidos permite aprendizagens de habilidades psicomotoras, essenciais às atividades de vida diária e comunitária (Valente, Santos e Morato, 2012). Fonseca (2001) baseia o sistema psicomotor humano em sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina, sendo oferecida à pessoa com limitações psicomotoras (e.g. dispraxias, dificuldades de lateralização e estruturação espaciotemporal), relacional (e.g. comportamentos desajustados) ou cognitiva (e.g. défices de atenção e memória), a possibilidade de re-encontrar um ponto de equilíbrio para comportamentos e relações (Boscaini, 2004; Martins, 2001). O objetivo da intervenção com a pessoa com DID é a promoção da funcionalidade, responsabilidade pessoal e social, para uma vida autodeterminada e com uma participação ativa na comunidade (Valente et al., 2012).

De acordo com Garcia (2005), em grupo, podem realizar-se dois tipos de intervenções psicomotoras: numa privilegia-se a relação psicocorporal entre os elementos do grupo e o estabelecimento de dinâmicas positivas; e noutra onde se centra nas experiências corporais, medos, angústias, desejos e problemas psíquicos de cada um, desencadeados através da comunicação entre os elementos. No caso das sessões

no CTVAA, estas desenvolveram-se em grupo, existindo um número variável de clientes por grupo, dependendo da necessidade de apoio destes. Nos grupos onde se encontrava inserido o cliente alvo de estudo de caso, em atividade motora adaptada no ginásio era um grupo de 13 clientes e em atividade motora em meio aquático era um grupo de 4 clientes.

Em seguida serão abordados os contextos onde a estagiária realizou intervenção psicomotora no CTVAA.

## **4.2. Intervenção psicomotora e contextos no CTVAA**

Os contextos em que a estagiária realizou intervenção psicomotora no CTVAA foram: Atividade Motora Adaptada (AM) e Atividade em Meio Aquático (AMA). A AM consistia em atividades para estimular os fatores psicomotores enumerados por Fonseca (2001) e modalidades desportivas adaptadas, sendo as intervenções realizadas em grupo no ginásio do CTVAA. A AMA compreendia atividades de adaptação ao meio aquático, exploração dos fatores psicomotores e iniciação à aprendizagem de técnicas de nado, sendo as intervenções realizadas em grupo no Complexo Desportivo do Casal Vistoso. Em ambos os contextos de intervenção foi promovida a autonomia e a capacidade de verbalização e reflexão, tentando sempre potencializar ao máximo as competências do indivíduo.

Em seguida será apresentada uma revisão da literatura dos contextos de intervenção psicomotora em que a estagiária interveio.

### **4.2.1. Atividade em meio aquático**

De acordo com Matias (2005), o indivíduo constrói-se na relação com o exterior, sendo o seu corpo uma constante referência, permitindo-lhe que se conheça. Por seu lado, o meio aquático é visto como um meio facilitador do desenvolvimento neuropsicomotor, em que o corpo é um meio de expressão de sentimentos e emoções. Isto só é possível, devido às propriedades físicas da água como: a densidade, que diz respeito à capacidade de um corpo para flutuar; a força de flutuação, força contrária à gravidade; à tensão superficial, que atua como resistência ao movimento; à pressão hidrostática, uma vez que, a água exerce pressão em qualquer corpo imerso; e o impacto, dado que em meio aquático o impacto dos exercícios é mais reduzido no que em meio terrestre (Biasoli e Machado, 2006). Deste modo, o meio aquático é considerado um facilitador do movimento, promovendo a aquisição de novas competências através da estimulação psicomotora (Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007).

As propriedades da água contribuem para a diminuição do tónus, conduzindo a uma relaxação muscular, para a redução dos espasmos musculares, dores e fadiga, para a melhoria da resistência e força muscular e da coordenação e equilíbrio (Biasoli e Machado, 2006). O equilíbrio representa a base da autonomia motora, possibilitando maior mobilidade nos segmentos corporais, significando uma melhor construção do esquema corporal (Matias, 2005). Uma das bases para a segurança no meio aquático é o controlo respiratório, que representa o ponto de partida para as imersões progressivas. Através do meio aquático, o indivíduo aprende a deslocar-se e orientar-se num determinado espaço, experienciando os vários planos e as zonas de tensões e descontração do seu corpo (Matias, 2005).

Deste modo, e no que concerne aos fatores psicomotores a água tem os seguintes efeitos (Varela, Duarte, Sereno, Dias e Pereira, 2000): a água quente reduz o tónus muscular; a alteração de posição e necessidade de reequilibrar ativamente os mecanismos de equilíbrio; a estimulação propriocetiva contribui para a especialização hemisférica e para a definição da lateralidade; os movimentos em meio aquático ajudam à consciencialização hemisférica; a noção do ritmo, ligado à estruturação espaciotemporal é trabalhada ao nível do controlo respiratório e dos movimentos propulsivos; a coordenação motora e a agilidade são habilidades desenvolvidas em meio aquático, estando ligadas à praxia global e fina. O meio aquático além de benéfico ao nível psicomotor, também parece contribuir para melhorias na qualidade de vida de adultos com DID (Jardim e Santos, 2016).

Para Carvalho (1991), o ensino-aprendizagem da natação pode ser descrito em três fases, sendo que na primeira são ultrapassados os reflexos que prejudicam a adaptação ao meio aquático, na segunda adquire-se a competência de equilíbrio horizontal e na terceira adequa-se a respiração, de modo a maximizar a eficácia da deslocação em meio aquático. Desta forma, o meio aquático surge como uma forma de organizar as sensações, perceções e cognições possibilitando uma resposta adaptativa, elaborada e planificada, anteriormente (Matias, 2005).

Os objetivos a serem desenvolvidos em meio aquático dizem respeito: à segurança e conforto dentro e ao redor da piscina; à realização do movimento da forma mais eficiente possível, com ou sem tecnologia de apoio; e à baixa intensidade na realização da atividade, sem deixar de produzir o efeito desejado (Colomina, Sánchez, Valdivielso, Ortiz e Contreras, 2007). Durante o processo de ensino-aprendizagem da natação é necessário ter em atenção, três intervenientes: a pessoa com a sua personalidade, interesses e motivações; o meio aquático; e o professor, com o seu papel motivador e

integrador do aluno neste novo meio (Carvalho, 1991). De acordo com Jardim e Santos (2016), durante a intervenção psicomotora em meio aquático com pessoas com DID, deve-se ter em conta a idade cronológica, as características da população, o tempo de aprendizagem, a otimização do tempo útil da sessão e a instrução simples e assertiva

A intervenção Psicomotora na CERCI Lisboa, realizada em contexto de meio aquático, tem como objetivo promover o desenvolvimento psicomotor e a autonomia, tendo em conta os interesses e motivações do cliente. A água é um meio facilitador para a relaxação muscular, melhorando a força e resistência muscular, a coordenação e equilíbrio, possibilitando trabalhar outras competências em meio aquático, que não são possíveis trabalhar noutros contextos de intervenção existentes na instituição. Ao nível da intervenção em meio aquático, as tarefas realizadas tinham como objetivo a promoção da estimulação cardiovascular e musculoesquelética, o equilíbrio, o controlo respiratório, a imersão, os deslizes e a propulsão, em decúbito ventral e dorsal, existindo posteriormente, em alguns grupos, aprendizagens de técnicas de nado, nomeadamente os movimentos fundamentais da técnica de crawl e de costas.

#### **4.2.2. Atividade motora adaptada**

Segundo Moreira (2004), a atividade motora é qualquer movimento de um segmento corporal realizado através da contração muscular e que implica gasto energético, que quando pensada para uma pessoa com deficiência, potencializa as suas competências motoras através da adaptação de atividades tendo em conta o indivíduo, segundo uma visão holística do mesmo. Todavia, qualquer movimento obedece um processo complexo, que está dependente da tonicidade muscular, equilíbrio e coordenação, sendo que as habilidades motoras básicas devem estar apreendidas para que se desenvolvam níveis mais elevados de coordenação, possibilitando o conhecimento e domínio do corpo (Almeida, 2013). Para tal, este processo de aprendizagem encontra-se dependente do desenvolvimento cognitivo, intimamente ligado ao desenvolvimento psicomotor, que evolui ao longo do tempo num processo de maturação do Sistema Nervoso Central (Almeida, 2013). Deste modo, o movimento pressupõe uma intenção, sendo este facto o que confere uma função social à motricidade, onde existe uma relação entre o pensamento e movimento (Fonseca, 2010).

O desenvolvimento do indivíduo e as suas aprendizagens podem ser facilitados através de atividades lúdicas e jogos, que enriquecem o contexto onde se insere, promovendo a importância do corpo e da motricidade para o desenvolvimento (Almeida, 2013). Assim, e de acordo com Moreira (2004), devem-se adotar estratégias de ensino

consoante a necessidade de cada indivíduo, tendo em conta a sua motivação e as suas capacidades, evitando, barreiras ligadas à acessibilidade, e flexibilidade nos procedimentos, atividades e estratégias, nos diversos contextos de intervenção.

Relativamente aos indivíduos com DID, estes podem desenvolver através da atividade motora adaptada: aptidões físicas básicas, melhorar o equilíbrio, através da marcha, posições de equilíbrio e circuitos de equilíbrio, adquirir comportamentos que promovem a autonomia e independência, desenvolver comportamentos sociais desejáveis e melhorar as relações grupais (Abellan e Vicente, 2002). Além disso, a prática de atividade física melhora a frequência cardíaca e aptidão física em indivíduos com DID, possibilitando a melhoria da sua capacidade funcional (Lotan, Isakov, Kessel e Merrick, 2004).

No caso dos indivíduos do CTVAA, a melhoria da capacidade funcional foi uma competência fundamental a ser trabalhada, dado que a promoção da sua autonomia e a diminuição do impacto do envelhecimento nesta população é uma preocupação geral dos técnicos da CERC Lisboa. Deste modo, a promoção da autonomia e independência, bem como a capacidade funcional foram trabalhadas de forma constante nas sessões de ginásio, através da prática de atividade física e a adoção de um estilo de vida ativo. Estas sessões, ocorreram diariamente com grupos diferentes, durante 1 hora no período da tarde, onde eram realizados jogos e atividades de grupo e exercícios práticos de diferentes modalidades.

Depois desta contextualização, de cariz mais teórico, segue-se o capítulo da realização da prática profissional, que descreve o trabalho realizado na prática pela estagiária ao longo do ano, demonstrando a importância da intervenção psicomotora nesta população e nestes contextos, tendo em conta os resultados observados e avaliados.

### III. Realização da Prática Profissional

A intervenção da estagiária realizada no CTVAA teve como finalidades a promoção de um estilo de vida ativo, centrado num aumento da funcionalidade e qualidade de vida, através do corpo em movimento e do desenvolvimento dos fatores psicomotores. Relativamente aos espaços físicos de intervenção, a AM teve lugar no ginásio do CTVAA e as sessões de AMA, na piscina do complexo desportivo do Casal Vistoso. Ainda no âmbito da AM, como referido aquando da descrição das atividades e serviços, decorrem ainda sessões de Caminhada, sendo realizadas na área circundante ao CTVAA ou dentro do centro na parte exterior ou no ginásio.

Neste capítulo será apresentado o trabalho desenvolvido pela estagiária, nomeadamente: o horário e duração do estágio, a organização e funcionamento das atividades de estágio, a caracterização dos grupos de intervenção, o processo de avaliação utilizado, a caracterização dos instrumentos de avaliação e a definição dos objetivos. Posteriormente, será apresentado o estudo de caso, com respetiva caracterização, aplicação de instrumentos e procedimentos utilizados para a avaliação, apresentação dos resultados, plano de intervenção e discussão de resultados.

#### 5. A intervenção Psicomotora da Estagiária

As atividades de estágio tiveram início a 6 de outubro de 2016, tendo existido previamente, no dia 3 do mesmo mês, uma reunião de apresentação e dia 4 uma visita guiada às instalações do CTVAA, realizada pela Dr.<sup>a</sup> Elisabete Sousa. O horário semanal (tabela 3) cumprido da estagiária, totalizou 22h/semanais, realçando-se que em situações em que decorriam duas sessões em simultâneo, a estagiária ficava a acompanhar a sessão que lhe fosse indicada, à exceção dos seus grupos de intervenção, que eram sempre da responsabilidade desta. As sessões de intervenção cessaram a 4 de maio, com o início da campanha do pirilampo mágico, tendo as atividades de estágio terminado a 31 de maio de 2017.

Tabela 3 - Horário da Estagiária na CERC Lisboa

Horas	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
9h30-13h00		AMA	AMA	AMA	AMA
13h00-14h00		Almoço	Almoço	Almoço	
14h00-16h00	AM	AM	AM	AM	

## **5.1. Organização e funcionamento do estágio**

Numa primeira fase, de observação não participada, a estagiária observou todos os grupos com que viria a intervir pelo menos uma vez, durante as suas duas primeiras semanas de estágio. No decorrer do mês de outubro, houve também a oportunidade de observar todo o tipo de intervenções e serviços disponibilizados pelo CTVAÁ aos seus clientes, a fim de conhecer as terapias e apoios prestados nos vários serviços: intervenção em snoezelen, estimulação sensorial, sessões de movimento, hidroterapia, fisioterapia, expressão dramática e bomb'arte. Posteriormente, a estagiária começou a observar de forma participada nas sessões de AM e AMA, tendo depois iniciado a intervenção com supervisão das orientadoras locais, nos grupos onde o seu estudo de caso se encontrava integrado.

Neste contexto, procedeu-se, em seguida, à avaliação dos clientes (e.g.: estudo de caso, grupo do projeto de investigação) a partir do qual se estabeleceu o programa de intervenção a implementar. A partir do dia 22 de novembro a estagiária começou a planejar sessões para o grupo onde se encontrava inserido o seu estudo de caso, tanto em AM como em meio aquático, com base nos objetivos gerais definidos pelas orientadoras locais no início do ano letivo para todos os clientes, tendo realizado ainda uma avaliação inicial ao seu estudo de caso, através da aplicação de dois instrumentos (descritos mais à frente neste capítulo), realizando o mesmo para os restantes clientes. Posteriormente, a estagiária começou a intervir com total autonomia (com e sem supervisão), tendo em conta os objetivos estipulados para cada grupo, tanto nos seus grupos de estudo de caso como noutras grupos de intervenção.

A 10 de janeiro a estagiária iniciou a realização de planeamentos para o seu grupo do projeto de investigação, tendo criado 4 sessões-tipo que foram repetidas ciclicamente até 11 de abril, em total autonomia (com e sem supervisão). No final do ano letivo, concretizou-se a avaliação final no sentido de perceber qual a evolução dos clientes com a conseqüente monitorização dos objetivos, tal como é usual na instituição, permitindo ainda a reflexão sobre toda a intervenção. A tabela 4 resume a organização e a etapas da intervenção da estagiária no CTVAÁ.

**Tabela 4 - Cronograma das Atividades de Estágio**

<b>Datas</b>	<b>Acontecimento</b>
6/outubro/2016	Início das atividades de estágio
6 a 20/outubro/2016	Observação não participada
22/novembro/2016	Início da planificação e intervenção em AM
23/novembro/2016	Início da planificação e intervenção em AMA
23 e 30/novembro/2016	Avaliação inicial do grupo de AMA
Dezembro/2016	Avaliação inicial do grupo de AM/ Avaliação de baseline do projeto de investigação
10/janeiro/2017	Início da intervenção do projeto de investigação
11/abril/2017	Término da intervenção do projeto de investigação
20/abril/2017	Avaliação final do grupo de AM
19 e 20/abril/2017	Avaliação final do projeto de investigação
12 e 26/abril/2017	Avaliação final do grupo de AMA
4/maio/2017	Término da intervenção psicomotora nos contextos
15 a 30/maio/2017	Avaliação de retenção do projeto de investigação
31/maio/2017	Fim das atividades de estágio

## **5.2. Grupos de intervenção**

No decorrer do Estágio, a estagiária observou, apoiou e interveio, no total, com 17 grupos de clientes - 8 grupos de AMA, 5 grupos de AM e 4 grupos de caminhada (tabelas 5, 6 e 7). É de se referir que apesar do número de grupos, a estagiária, e de forma autónoma, avaliou, delineou objetivos e planeou sessões para dois grupos de clientes de AM, à 3ª feira, um das 14h às 15h (projeto de investigação) e outro das 15h às 16h, e um grupo de clientes de AMA, à 4ª feira das 10h15 às 11h, pertencendo o seu estudo de caso aos dois últimos grupos enumerados. Os restantes grupos eram da responsabilidade da Dr.<sup>a</sup> Elisabete e da Dr.<sup>a</sup> Mónica, tendo existido uma troca entres estas, a partir de 4 de janeiro de 2017, às segundas-feiras, terças-feiras e quintas-feiras, retornando aos grupos indicados nas tabelas, no dia 27 de março de 2017.

### 5.2.1. Atividade em meio aquático

As sessões de AMA eram dinamizadas pelas orientadoras locais, sendo que a estagiária interveio autonomamente sempre que solicitado, e constantemente, com o seu estudo de caso, que pertencia ao grupo de 4ª feira da Dr.ª Mónica. Os grupos acompanhados (tabela 5) eram bastantes heterogéneos entre si, tendo necessidades de apoio físico desde ligeira a moderada.

**Tabela 5 - Horário dos grupos de AMA**

Horário		3ª feira	4ª feira		5ª feira		6ª feira	
10h15-11h00	Técnico Clientes	Elisabete S. 1 Cliente (♂)	Mónica E. 4 Clientes (2♂ e 2♀)	Elisabete S. 5 Clientes (2♂ e 3♀)	Mónica E. 3 Clientes (2♂ e 1♀)	Elisabete S. 11 Clientes (9♂ e 2♀)	Mónica E. 5 Clientes (2♂ e 3♀)	Elisabete S. 10 Clientes (7♂ e 3♀)
11h00-11h45	Técnico Clientes	Elisabete S. 7 Clientes (4♂ e 3♀)						

### 5.2.2. Atividade motora

As sessões de AM eram dinamizadas pelas orientadoras locais, tendo a estagiária intervindo autonomamente sempre que solicitada, e constantemente, com o seu estudo de caso, que pertencia ao grupo de 3ª feira (15h-16h) e com o seu grupo do projeto de investigação, que pertencia ao grupo de 3ª feira (14h-15h). Os grupos acompanhados eram bastantes heterogéneos, tendo necessidade de apoio físico e verbal, desde ligeiro a moderado, sendo realizadas essencialmente atividades de desenvolvimento psicomotor (circuitos, etc.), jogos de cooperação e competição. Os grupos (tabela 6) eram maioritariamente constituídos por indivíduos com DID.

**Tabela 6 - Horário dos grupos de AM**

Horário		2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira
14h-15h	Técnico Clientes		Mónica E. e Elisabete S. 12 Clientes (3♂ e 9♀)		
15h-16h	Técnico Clientes	Mónica E. 7 Clientes (4♂ e 3♀)	Mónica E. e Elisabete S. 13 Clientes (8♂ e 5♀)	Mónica E. e Elisabete S. 8 Clientes (6♂ e 2♀)	Mónica E. e Elisabete S. 6 Clientes (4♂ e 2♀)

### 5.2.3. Caminhada

Os grupos acompanhados (tabela 7), apesar da maioria ter DID, eram bastantes heterogêneos, desde clientes com necessidade de apoio físico moderado a elevado, a clientes autónomos, que realizavam caminhada no espaço circundante ao centro. Nos dias em que as condições climatéricas não o permitiam, realizavam, no ginásio, caminhada pelas escadas e rampa ou idas à sala de estimulação sensorial, no caso dos clientes com maior necessidade de apoio.

**Tabela 7** - Horário dos grupos de Caminhada

Horário		2ª feira	4ª feira	5ª feira
14h-15h	Técnico Clientes	Elisabete S. 6 Clientes (5♂ e 1♀)	Mónica E. e Elisabete S. 10 Clientes (6♂ e 4♀)	Mónica E. e Elisabete S. 6 Clientes (3♂ e 3♀)
15h-16h	Técnico Clientes			Mónica E. 8 Clientes (3♂ e 5♀)

As sessões de caminhada tinham como objetivo a estimulação cardiovascular e musculoesquelética, a coordenação motora global e o equilíbrio dinâmico através dos percursos delineados, maioritariamente em escadas e rampas.

### 5.3. Processo de avaliação

O processo de avaliação, para todos os grupos de intervenção, teve início em outubro através da observação informal e participada dos clientes, nos seus diversos contextos, e possibilitou que clientes e estagiária estabelecessem uma relação empática, bem como uma análise mais detalhada e compreensiva das capacidades, dificuldades e interesses dos clientes. Posteriormente, e após a escolha do estudo de caso, a estagiária procedeu à aplicação da Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP), durante o mês de dezembro, e à Escala de Avaliação em Meio Aquático, durante o mês de novembro, definindo objetivos (gerais e específicos) de trabalho, com base nos dados recolhidos e planificando atividades para a concretização destes. No que se refere à escolha de instrumentos, a ECAP foi selecionada por ser um instrumento completo para a DID que permite uma visão abrangente do cliente em vários domínios, possibilitando um estudo holístico das suas competências e limitações, jogando com a especificidade individual na sua validade ecológica. A Escala de Avaliação em Meio Aquático foi construída por antigas estagiárias da CERCILisboa e respetivas orientadoras, sendo o instrumento utilizado na instituição, encontrando-se bastante completo e indo ao encontro

do trabalho desenvolvido no CTVAA. Em seguida serão apresentados os instrumentos de avaliação utilizados para avaliar o estudo de caso e os restantes clientes.

### **5.3.1. Escala de comportamento adaptativo versão portuguesa**

A ECAP tem como objetivos a avaliação do comportamento adaptativo através da análise de comportamentos, em diversas situações do quotidiano, para obter uma avaliação global e precisa, do indivíduo, com implicações diretas na planificação das intervenções, que permita a participação total no contexto ecológico onde se insere. A ECAP avalia pessoas com e sem DID, entre os 6 e os 60 anos (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b, 2012c; Santos, Morato e Luckasson, 2014) e possibilita a identificação da competência adaptativa, fornecendo linhas orientadoras para um plano individualizado e para a planificação de estratégias na intervenção de indivíduos com DID, permitindo também a reavaliação dos programas a longo prazo, através da comparação de resultados e a uniformização da linguagem entre os técnicos (Santos et al., 2014).

Como estrutura, apresenta duas partes, uma primeira relativa às competências de independência pessoal e uma segunda com relação aos comportamentos desviantes (Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). A **primeira parte** é constituída por 10 domínios e 18 subdomínios (Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014): **Autonomia** - aspetos como a alimentação, higiene e uso de casa de banho, aparência, cuidados com o vestuário, vestir/despir, deslocações; **Desenvolvimento Físico** – capacidades sensoriomotoras, nomeadamente a visão, audição, tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção de corpo e praxias; **Atividade Económica** - compreensão e utilização de dinheiro; **Desenvolvimento da Linguagem** - componente recetiva e expressiva da linguagem e sua utilização em comunicação social; **Números e Tempo** - competências matemáticas básicas utilizadas no quotidiano, bem como potencialidades de aprendizagem; **Atividade Doméstica** - características implícitas na manutenção e limpeza da casa e de preparação de refeições; **Atividade Pré-profissional** - recolha de informação pertinente para sucesso em atividades pré-profissionais; **Personalidade** - atitude tendencial da pessoa, i.e., ativa ou passiva, sua iniciativa, perseverança, tempos livres; **Responsabilidade** - grau de responsabilidade pessoal e social; **Socialização** - capacidade de interação e participação com os outros, englobando aspetos sociais como a cooperação e maturidade social. Nesta parte da escala verificam-se duas formas de cotação: por complexidade crescente (Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014), onde a tarefa com maior grau de dificuldade é correspondente ao valor mais alto, devendo cotar-se o nível mais

elevado de desempenho; e respostas de sim/não, assinalando-se se o indivíduo realiza ou não a tarefa com sucesso (Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

Já a **segunda parte** da escala diz respeito a comportamentos sociais, desajustados, e constitui-se por oito domínios (Santos e Morato, 2012b; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014): o **Comportamento Social** - comportamentos pessoais que podem ser abusivos; **Conformidade** - comportamentos que apresentem desajustamentos quanto às regras da sociedade; **Merecedor de Confiança** - comportamentos como mentir, roubar, enganar e desrespeitar a propriedade pública e privada, que, por sua vez, podem conduzir a um certo isolamento; **Comportamento Estereotipado e Hiperativo** – comportamentos que perturbam os outros, como o contato físico inadequado, estereótipos de desordens desenvolvimentais e comportamentos hiperativos; **Comportamento Sexual** - comportamentos de cariz sexual; **Comportamento Autoabusivo** - comportamentos que provoquem danos em si próprios ou considerados bizarros; **Comportamento Social** - comportamentos excessivamente tímidos e passivos, quando intensidade e/ou frequência elevadas podem levar a um desenquadramento social; **Comportamento Interpessoal com Perturbações** - comportamentos ou atitudes com incómodo aos próprios ou a terceiros. Os comportamentos são avaliados tendo em conta a sua frequência, sendo o valor 0 o valor ótimo indicando que o comportamento nunca ocorreu, o 1=ocasionalmente (i.e. pelo menos 3 vezes por semana), e o 2=frequentemente, mais de 3 vezes por semana (Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

A escala apresenta ainda cinco fatores, constituídos com base em domínios específicos da parte I e II: a **autossuficiência pessoal** (autonomia e desenvolvimento físico), **autossuficiência na comunidade** (autonomia, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, número e tempo, atividade doméstica, atividade pré-profissional), **responsabilidade pessoal e social** (atividade pré profissional, responsabilidade, personalidade, socialização), **ajustamento social** (comportamento social, conformidade, não merecedor de confiança, comportamento interpessoal perturbado), **ajustamento pessoal** (comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual, comportamento autoabusivo, comportamento interpessoal perturbado - Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

A análise dos resultados pode ser realizada pelos valores de cada item, i.e., os itens totais num determinado domínio; ou feita através dos resultados dos domínios, resultando da soma atribuída em cada um dos itens existentes; por outro lado e, por fim, pelos

fatores resultante da soma dos itens e dos domínios correspondentes (Santos e Morato, 2012c).

A ECAP apresenta qualidades psicométricas adequadas, tendo sido comprovada a validade de conteúdo (i.e.: abordagem descritiva e empírica, grupos focais), com valores de consistência interna, pelo alpha de Cronbach, que variaram entre .80 e .97, e com o teste-reteste calculado através do coeficiente de Pearson, na parte I, entre .40 e .81 (Santos et al., 2014). A análise fatorial exploratória revelou a existência de três componentes na parte I, explicando cerca de 56% da variância total (Santos et al., 2014). De acordo com os autores, a ECAP é capaz de diferenciar indivíduos com desenvolvimento típico dos que tem DID ( $p < .01$ ).

### **5.3.2. Escala de avaliação em meio aquático**

A Escala de Avaliação em Meio Aquático é um instrumento criado por antigas estagiárias de Reabilitação Psicomotora da CERCI Lisboa, tendo este ano sofrido alterações em todos os domínios por parte da estagiária em parceria com as orientadoras locais, adaptando os itens aos casos dos clientes acompanhados no contexto de AMA. A escala tem como finalidade avaliar vários domínios específicos em meio aquático, num total de 13 itens:

- **A – Entradas na água** - 2 itens: *Entradas na água diretas* (e.g.: entrada na água pela berma com apoio de elevador ou cadeira hidráulica) e *Saltos* (e.g.: realiza entrada de pé, pela berma da piscina);
- **B – Saída da água** – 1 item: *Saídas da água* (e.g.: sai da água pelas escadas de acesso autonomamente, utilizando os corrimões);
- **C – Adaptação ao meio aquático** – 3 itens: *Conforto e bem-estar na água* (e.g.: apresenta-se apreensivo, angustiado ou assustado, chorando por vezes); *Equilíbrio em meio aquático* (e.g.: mantém o equilíbrio vertical com apoio das mãos em superfície fixa); e *Imersão* (e.g.: realiza imersão facial sem sinais de desconforto aparentes);
- **D – Controlo respiratório** - 3 itens: *Inspiração, expiração e apneia* (e.g.: faz expiração bucal com imersão da face); *Fatigabilidade* (e.g.: manifesta dificuldade em estabilizar a respiração após uma apneia); e *Propulsão* (e.g.: executa movimentos de pernas, alternados, sem apoio);
- **E – Estilos de natação** – 4 itens: *Movimentos fundamentais da técnica de crawl* (e.g.: sincroniza o batimento alternado dos membros inferiores com a braçada dos membros superiores); *Movimentos fundamentais da técnica de costas* (e.g.:

sincroniza o batimento alternado dos membros inferiores com a braçada dos membros superiores); *Movimentos fundamentais da técnica de bruços* (e.g.: faz a flexão do cotovelo, com afastamento simultâneo lateral das mãos, num trajeto circular para baixo e para fora); *Movimentos fundamentais da técnica de mariposa* (e.g.: é capaz de realizar o deslize ventral com batimento simultâneo dos membros inferiores com apoio).

A cotação dos itens pode ser: dicotómica de “sim” ou “não” (no item “conforto e bem estar na água” do domínio C e em todos os itens do domínio E; N (nunca)/ O (ocasionalmente)/ F (frequentemente) no item Fatigabilidade, e nos restantes itens por complexidade crescente. No final de cada domínio, todos os itens correspondentes são somados, sendo o desempenho do cliente mais elevado quanto mais próximo da cotação máxima que for possível obter.

O estabelecimento de um perfil pode ser feito, de forma quantitativa, através dos resultados dos domínios, obtidos no valor total alcançado em cada um dos itens existentes, sendo o valor total do Domínio de Competências em Meio Aquático, a soma dos itens 51 a 63. Para uma análise mais pormenorizada, realiza-se a comparação do valor obtido de cada domínio com a cotação mais elevada possível, percebendo qual o nível de competências adquiridas pelo cliente aquando da avaliação.

#### **5.4. Procedimentos**

No que respeita ao estudo de caso, após a sua escolha, a diretora da CERCI Lisboa entrou em contacto com a mãe da cliente, daqui em diante designada por A.F., para a autorização através do consentimento informado. Após a obtenção da assinatura, procedeu-se a uma reunião com a psicóloga da instituição a fim de obter alguns dados da anamnese da cliente. Posteriormente, realizou-se a aplicação da Escala de Avaliação em Meio Aquático, para todo o grupo, durante as sessões de 23 e 30 de novembro, na piscina do Complexo Desportivo do Casal Vistoso, entre as 10h15 e as 11h00, constando no planeamento as tarefas a avaliar, sucedendo-se o mesmo aquando da avaliação final, a 19 e 26 de abril. Os resultados obtidos na avaliação inicial possibilitaram a criação de objetivos gerais e específicos para serem implementados e trabalhados nas sessões de AMA. A ECAP foi aplicada, ao estudo de caso, ao longo do mês de dezembro, no âmbito da avaliação inicial, e a 20 de abril após o fim da intervenção, através de observação direta, e de questões colocadas à responsável de sala e à mãe da cliente, através do envio de algumas questões da ECAP para casa da cliente. Relativamente aos restantes clientes que pertenciam aos grupos de intervenção do estudo de caso, os objetivos de

trabalho na AM foram definidos com base nos resultados das ECAP realizadas, anteriormente, pelos técnicos do CTVAA. Após a obtenção da informação, foram estabelecidos objetivos gerais e específicos para a intervenção.

Em seguida será apresentada a intervenção psicomotora referente ao estudo de caso. Lembra-se que todos os procedimentos e etapas foram realizados com todos os clientes com quem se interveio de forma mais direta e autónoma, mas que para uma apresentação mais pormenorizada e dadas as limitações de páginas, se procederá à maior descrição do estudo de caso, que servirá como exemplo de todo o trabalho realizado.

## **6. Estudo de caso**

A escolha da cliente para estudo de caso deveu-se à relação empática criada entre cliente e estagiária e ao facto de a estagiária poder intervir em dois meios: em meio aquático e em ginásio. A cliente em questão participa em várias atividades e serviços disponibilizados pelo CTVAA para os seus clientes (eg. fisioterapia, trabalho na lavandaria, bomb'arte, teatro, caminhada, hidroginástica), tendo este facto também pesado na escolha para estudo de caso.

A A.F. nasceu no Porto, com 40 semanas de gestação, tendo, atualmente, 37 anos. A gravidez decorreu de forma normal, sem problemas no parto e com um bom índice de APGAR (9 ao primeiro minuto e 10 ao quinto minuto). Relativamente aos seus primeiros anos de vida, a A.F. começou a andar aos 16 meses e aos 2 meses teve tosse convulsiva, tendo sido operada às amígdalas mais tarde. Nos primeiros anos de vida apenas foram detetadas dificuldades da linguagem. Aos 6 anos começou a frequentar o 1º ciclo do ensino básico no Porto, tendo-se posteriormente mudado para Lisboa, sendo durante este período diagnosticada como tendo dificuldades de aprendizagem. A escassez de informação referente à anamnese da A.F., deve-se aos poucos dados que a CERC Lisboa possui nos arquivos, impossibilitando um maior desenvolvimento desta secção.

Relativamente ao contexto familiar, a A.F. vive sozinha com a mãe, mantendo uma boa relação com esta, tendo o pai falecido há 3 anos. As férias são passadas também com a irmã mais velha e sobrinha, de quem gosta muito.

No que se refere às questões de saúde, a A.F. utiliza aparelho auditivo, mantém uma dieta devido ao excesso de peso, tem asma e tensão alta e é ainda acompanhada, anualmente, no Hospital de São José, devido a problemas no sangue, não especificados pela família.

A cliente em questão desloca-se de transportes públicos até ao CTVAA, tendo uma pulseira com uma pequena chapa metálica com um código alfanumérico pessoal, que em caso de emergência, a A.F. pode pedir para ligarem ao 112 para contactarem a Polícia de Segurança Pública, de forma a aceder à sua base de dados e ativar o mecanismo de contacto da pessoa responsável por si. Esta pulseira pertence ao programa “Estou Aqui Adultos”, que tem como objetivo proteger adultos com dificuldades de orientação que possam vir a ser encontrados na via pública, tendo a CERC Lisboa aderido ao programa numa primeira fase, dado a conhecê-lo aos cuidadores, podendo aqueles que quisessem optar por aderir ao programa (Polícia de Segurança Pública, 2017). Os apoios que usufrui na CERC Lisboa CTVAA são apresentados na tabela 8.

**Tabela 8** - Horário dos apoios do estudo de caso

	<b>Segunda-feira</b>	<b>Terça-feira</b>	<b>Quarta-feira</b>	<b>Quinta-feira</b>	<b>Sexta-feira</b>
<b>Manhã</b>	Fisioterapia Trabalho na sala	Relaxação	AMA	Trabalho na sala Fisioterapia	Hidroginástica
<b>Tarde</b>	Bomb'arte Trabalho na sala	Lavandaria AM	Teatro	Lavandaria Caminhada	Caminhada Lavandaria

## **6.1. Resultados das avaliações e análise global**

Os resultados obtidos na avaliação inicial permitiram definir o perfil do caso e delinear os objetivos específicos para a intervenção psicomotora, apresentados mais à frente neste relatório. Em todas as sessões, em ambos os contextos, foram utilizadas como estratégias: instrução verbal simples e objetiva, reforço positivo, demonstração, manipulação, feedback corretivo e apoio físico e verbal. Em algumas situações, as atividades eram reajustadas às necessidades dos clientes e eram dados os devidos apoios físicos.

Em seguida, serão apresentados os resultados da avaliação inicial e final do caso, possibilitando a comparação entre as duas avaliações, após a intervenção realizada pela estagiária, nos dois contextos de intervenção.

### **6.1.1. Atividade motora**

Em contexto da AM, os resultados obtidos com a aplicação da ECAP (tabela 9), nos dois momentos da avaliação, foram comparados com a cotação máxima de cada domínio. Ainda relativamente à cotação, na parte I, o valor máximo revela a aquisição da competência com maior grau de complexidade e na parte II, o valor 0 representa o valor ótimo indicando que um comportamento social desviante não ocorre. Aquando da avaliação inicial, uma vez que alguns itens presentes na ECAP só conseguiriam ser preenchidos pela responsável da cliente, foram enviadas para casa, possibilitando que

todos os domínios fossem completos. É de se realçar que o plano de intervenção elaborado para a A.F. se baseou nos resultados da avaliação inicial, nos objetivos inerentes ao plano de vida da cliente na instituição, bem como aos próprios interesses e características da cliente.

**Tabela 9** - Resultados obtidos na aplicação da ECAP à A.F.

Parte	Domínio	Av. Inicial	Pontuação Máxima	Av. Final
Parte I	Autonomia	104	130	104
	Desenvolvimento físico	36	38	<b>37</b>
	Atividade económica	6	30	6
	Desenvolvimento da linguagem	40	50	<b>41</b>
	Números e tempo	15	19	15
	Atividade doméstica	12	25	12
	Atividade pré-profissional	8	11	<b>9</b>
	Personalidade	14	23	14
	Responsabilidade	8	11	8
	Socialização	17	27	<b>18</b>
Parte II	Comportamento social	2	78	<b>3</b>
	Conformidade	1	66	<b>2</b>
	Merecedor de confiança	0	60	0
	Comportamento estereotipado e hiperativo	1	98	1
	Comportamento sexual	0	46	0
	Comportamento Auto-Abusivo	0	52	0
	Ajustamento social	3	46	3
	Comportamento social perturbado	8	70	8

De acordo com os resultados obtidos na avaliação inicial da ECAP, as áreas fortes da A.F. eram a *Autonomia*, *Desenvolvimento Físico*, *Desenvolvimento da Linguagem*, *Comportamento Sexual e Auto-abusivo* e *Merecedor de Confiança*. Em consequência das áreas com maior necessidade de apoio, apontam-se as *Atividades Domésticas*, *Personalidade* e *Socialização*, tendo com alguma frequência alterações de humor. Após a obtenção dos resultados da avaliação inicial, foram definidos objetivos gerais e específicos, tendo em conta as áreas fortes e menos fortes, descritos no subcapítulo do plano de intervenção.

As sessões de AM iniciavam-se com tarefas de **ativação geral**, que pretendiam a estimulação cardiovascular e musculoesquelética, a coordenação motora global e o equilíbrio dinâmico através da marcha e de atividades lúdicas como a “apanhada”. Em seguida, eram desenvolvidas diversas **atividades**, onde eram trabalhados os fatores psicomotores, através de circuitos e tarefas de domínio cognitivo e jogos coletivos que envolviam a cooperação e competição, promovendo a autonomia e funcionalidade. Por

fim, era realizada uma **conversa final** de reflexão e autoavaliação, que permitiam trabalhar a memória, comunicação, autoconceito e noções temporais.

Relativamente à ECAP, na avaliação inicial, no que se refere ao domínio da **autonomia**, é possível constatar que a A.F. apresenta dificuldades em comer em locais públicos, mas obtém a cotação máxima nos restantes subdomínios da alimentação, utilização da casa de banho e higiene. Deste modo, a cliente consegue utilizar os utensílios de mesa, bebe sem entornar, segurando o copo com uma mão, apresenta maneiras à mesa, inclusive em público, tem controlo dos esfíncteres e realiza a sua higiene pessoal de forma correta e autónoma. Em termos de postura, a boca está permanentemente aberta, marcha com os pés virados para fora e não escolhe a roupa para ocasiões formais/informais, tendo a cotação máxima nos restantes itens. No que se refere aos subdomínio dos cuidados com o vestuário, a A.F. apresenta dificuldades na utilização da máquina de lavar/secar, conseguindo cuidar do vestuário, vestir/despir-se sozinha e calçar os sapatos sem ajuda. Nas deslocações, a A.F. obteve a cotação máxima no item da segurança na rua ou no recinto escolar, tendo dificuldades nos itens de sentido de orientação, transporte e mobilidade, uma vez que, não vai para além das ruas dos edifícios que conhece, sem se perder, não anda sozinha de avião, comboio, táxi e transportes públicos por zonas que não lhe são familiares. Todavia, estas questões das dificuldades na segurança e mobilidade são apontadas por Santos e Morato (2012d) e Woolf et al. (2010) como necessitando de apoios na população com DID, não sendo dificuldades centrais na vida diária da cliente dado que realiza sempre o mesmo percurso, que lhe é familiar. A A.F. apresenta ainda dificuldades na utilização da lista telefónica, dos correios, nos cuidados de saúde, no conhecimento da sua morada e na utilização de equipamentos elétricos. Na análise dos resultados da avaliação final, os resultados mantiveram-se iguais, não tendo existido melhorias nem regressões, possivelmente devido ao facto de estes itens já serem trabalhados e onde a cliente, já apresentava boas cotações. Os restantes não são valorizados na vida diária da jovem (e.g.: carta de condução, entre outros).

No **desenvolvimento físico**, e na avaliação inicial, a A.F. apresenta um bom desenvolvimento sensorial, apesar da utilização de um aparelho auditivo, tendo obtido cotação máxima nesses itens. Ao nível do desenvolvimento motor, a A.F. apresenta a pontuação total em todos os itens, à exceção da tonicidade (i.e.: hipertonia) e no subdomínio do equilíbrio, a A.F. não consegue manter-se em bicos de pés durante 10s. Os resultados da avaliação final apontaram para melhorias ao nível do equilíbrio, tendo a A.F. conseguido a cotação máxima no subdomínio do equilíbrio, uma vez que passou a

conseguir permanecer alguns segundos, em equilíbrio, nas postas dos pés, sendo o equilíbrio uma das principais áreas trabalhadas nas sessões.

A **atividade económica**, e na avaliação inicial, a A.F. apresenta dificuldades, não conseguindo realizar trocos, utilizar serviços bancários, utilizar multibanco, planificar e utilizar dinheiro, realizar recados e pequenas compras sem ajuda. De acordo com a avaliação final, a cliente não evoluiu ao longo da intervenção, tendo mantido a pontuação dado não ter sido um domínio trabalhado pela estagiária nem por nenhum outro elemento da equipa, dado, no momento atual, não se considerar prioritário. Estas dificuldades vão ao encontro de outros autores (e.g.: Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012d; Sartawi et al., 2011) que reportam que indivíduos com DID apresentam dificuldades nas atividades económicas.

Ao nível da **linguagem**, na avaliação inicial, a A.F. apresenta dificuldades na escrita de frases ou textos, na compreensão de instruções verbais complexas, na leitura de sinais e histórias e no preenchimento de impressos, provenientes da dificuldade na aprendizagem de frases complexas, no processamento de informação e nas dificuldades em compreender e ser compreendido (Jacobson et al., 2007), tendo cotação máxima na expressão pré-verbal, palavras, frases, escrever à mão e conversação. Após a intervenção, a A.F. apresentou uma melhoria de um ponto na avaliação final. No âmbito da articulação do discurso, que apesar de lenta, deliberada ou trabalhado, notaram-se melhorias, possivelmente por se sentir mais confiante e a vontade com a estagiária, dado que as dificuldades na linguagem trazem repercussões na compreensão e expressão (Roque e Santos, 2010; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012d; Woolf et al., 2010), manifestando-se por dificuldades na articulação de palavras (Sartawi et al., 2011; Zikl et al., 2013).

Nos **números e tempo**, e na avaliação inicial, a A.F. demonstrou dificuldades na realização de operações matemáticas e na visualização das horas num relógio analógico, sendo que utiliza um relógio digital, tendo cotação máxima no subdomínio dos conceitos de tempo. Estes itens, no momento da avaliação final, encontravam-se iguais, não tendo existido nenhuma evolução ao longo da intervenção. Este é um dos itens que a literatura aponta como denotando maiores dificuldades nas pessoas com DID, ao mesmo tempo que algumas das tarefas que se baseiam nestes conhecimentos são assumidas por terceiros, indiciando a “subvalorização” destes conteúdos (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b), bem como a superproteção sendo este tipo de tarefas assumido por terceiros (Santos, 2010; Santos e Gomes, 2016; Santos e Morato, 2012b).

No que respeita à **atividade doméstica**, na avaliação inicial, a A.F. manifesta dificuldades na limpeza autónoma do seu próprio espaço, dificuldades na utilização de máquinas para lavar e secar roupa e ferro de engomar e não é capaz de preparar refeições, de fazer a cama corretamente, de colocar loiça na máquina de lavar e de utilizar pequenos eletrodomésticos, em parte devido à sua dificuldade em utilizar equipamentos elétricos em segurança, obtendo a cotação máxima nos subdomínios de pôr e levantar a mesa. No segundo momento de avaliação, a A.F. obteve a mesma pontuação, apesar de a sua atividade socialmente útil ser de lavandaria, trabalhando alguns destes itens nesse espaço, sendo a mãe da cliente que realiza as atividades domésticas, em casa, que a A.F. apresenta dificuldades em executar.

Na avaliação inicial da **atividade pré-profissional**, é possível contatar que a A.F. não apresenta problemas nos hábitos de trabalho/escolares, tendo maiores dificuldades na realização de trabalhos complexos, que implicam equipamentos, máquinas e ferramentas, não trabalhando de forma cautelosa e constante. Na análise dos resultados da avaliação final, a A.F. subiu 1 ponto no item de “trabalhar constantemente e produtivamente”. De acordo com a literatura, as pessoas com DID apresentam dificuldades em arranjar um emprego fixo (Santos e Morato, 2012d; Woolf et al., 2010; Zetlin e Morrison, 1998), não sendo essa questão preocupante no caso da A.F. uma que vez a aquisição de um emprego fixo não é um objetivo considerado pela família, nem pela equipa técnica.

Em termos de **personalidade**, e nos dois momentos de avaliação a A.F. não manifesta iniciativa sem ser solicitada, não tem ambição, desmotiva quando não executa a tarefa de forma bem-sucedida e não organiza atividades, obtendo cotação máxima no subdomínio da atenção. Estas características corroboram as ideias apresentadas na literatura, em que os indivíduos com DID apresentam reduzidas iniciativas e participam de forma passiva nas atividades (Heiman, 2000; Santos e Morato, 2012d), em parte devido a problemas emocionais e a desmotivação, devido à baixa tolerância à frustração (Santos e Morato, 2012d).

Na avaliação inicial, a A.F. de uma forma geral é **responsável** pelos seus objetos pessoais e faz um esforço para cumprir as tarefas que lhe são incutidas, tendo dificuldades no autocontrolo. Estas questões voltam a ser sentidas na avaliação final, não evidenciando comportamentos de irresponsabilidade e da falta de proteção/cuidado com os pertences do próprio e/ou dos outros como referem Santos e Morato (2012d).

No âmbito da **socialização**, na avaliação inicial, a A.F. ajuda quando solicitada, não oferecendo ajuda por iniciativa própria, não demonstra interesse pelos assuntos dos outros apesar de ter consideração pelos seus sentimentos; não interage com os outros

de forma espontânea e prolongada, participando em atividade de grupo quando encorajada, tendo dificuldades em gerir os seus comportamentos quando as coisas não acontecem como ela quer. Após a intervenção, verificou-se uma melhoria na interação com os outros, em atividades de grupo e jogos. Deste modo, ao nível da socialização a A.F. apresenta tendência para um certo isolamento em atividades de cooperação (Roque e Santos, 2010) e algum descontrolo emocional quando contrariada (Santos e Morato, 2012d), sendo trabalhadas estas competências ao longo das sessões.

No item suplementar para raparigas, a A.F. obteve a cotação máxima (5) nos dois momentos de avaliação.

Na avaliação inicial, a A.F. não manifesta nenhum **comportamento social** de ameaça ou violência, birras, manipulação, linguagem agressiva e perturbação das atividades, obtendo em todos a cotação máxima (i.e.: zero pontos = zero desajustamentos), à exceção do subdomínio da fraca tolerância à frustração, apresentado situações de amuo e aborrecimento quando contrariada, corroborando Santos e Morato (2012d). Na avaliação final, foi possível constatar os mesmos comportamentos no que concerne à fraca tolerância à frustração e foi possível identificar um comportamento que aquando da avaliação inicial não tinha sido detetado no subdomínio dos comportamentos violentos/ birras temperamentais, nomeadamente o item de “chora e grita”.

Ao nível da **conformidade**, na avaliação inicial, a A.F. apresenta a cotação quase máxima em todos os subdomínios, à exceção do subdomínio de resistir a cumprir instruções, pedidos ou ordens, dado que por vezes não segue logo a instrução dada. Na avaliação final, o mesmo comportamento repete-se, somando-se ao de se ressentir contra pessoas com autoridade, devido ao descontrolo emocional quando contrariada referido na literatura e à instabilidade emocional e mudanças repentinas de humor (Santos e Morato, 2012d). A A.F. não apresenta nenhum dos comportamentos listados nos domínios de **merecedor de confiança**, **comportamento sexual** e **comportamento autoabusivo**, nos dois momentos de avaliação. No **comportamento estereotipado e hiperativo**, na avaliação inicial, a A.F. apresenta bons resultados em todos os subdomínios, à exceção de algumas sincinesias ocasionais, sucedendo-se o mesmo na avaliação final.

No que concerne ao **ajustamento social**, a A.F. revela, nos dois momentos de avaliação: timidez e vergonha em situações sociais, prefere estar sozinha e não se mistura com os outros, apresentando estes comportamentos, ocasionalmente. Deste modo, corrobora o mencionado na literatura em que os indivíduos com DID apresentarem

tendência para um certo isolamento em atividades de cooperação e apresentam poucas atividades sociais (Kasari e Bauminger, 1998; Roque e Santos, 2010).

Finalmente, e no domínio **do comportamento social perturbado**, na avaliação inicial, a A.F. ocasionalmente, reage mal às críticas, não falando quando corrigida e manifesta algum aborrecimento. A A.F., ocasionalmente, é ciumenta da atenção dada aos outros, e apresenta alterações de humor, chora sem razão aparente, tem descontrolos emocionais, medos e inseguranças nas tarefas. No momento da avaliação final, os comportamentos foram idênticos, sendo de referir que esta instabilidade emocional e mudanças repentinas de humor são comportamentos referidos na literatura (Santos e Morato, 2012d).

### 6.1.2. Atividade em meio aquático

A tabela 10 apresenta os resultados obtidos em cada subdomínio da Escala de Avaliação em Meio Aquático, nas duas avaliações realizadas com o caso.

**Tabela 10** - Resultados obtidos na aplicação da Checklist de Domínio de Competências Específicas em Meio Aquático da A.F.

<b>Domínio Competências Específicas em Meio Aquático</b>				
	Tarefa	Pontuação Av. Inicial	Pontuação Máxima	Pontuação Av. Final
<b>A – Entrada na água</b>	Entradas na água diretas	8	8	8
	Saltos	1	7	2
<b>B – Saída da água</b>	Saídas da água	2	2	2
<b>C – Adaptação ao meio aquático</b>	Conforto e bem-estar na água	5	11	7
	Equilíbrio em meio aquático	6	14	6
	Imersão	3	7	5
<b>D – Controlo Respiratório</b>	Inspiração, expiração e apneia	4	11	4
	Fatigabilidade	3	6	4
	Propulsão	3	12	3
<b>E – Estilos de natação</b>	Movimentos fundamentais da técnica de Crawl	1	13	6
	Movimentos fundamentais da técnica de Costas	0	6	1
	Movimentos fundamentais da técnica de Bruços	0	12	0
	Movimentos fundamentais da técnica de Mariposa	0	6	0
<b>Total</b>		36	115	48

Em meio aquático, a A.F. apresentou, na avaliação inicial, como áreas fortes as *entradas e saídas da piscina* e a *fatigabilidade* e como áreas a promover os *estilos de natação (crawl, costas, bruços e mariposa)*, *saltos*, *propulsão* e *inspiração, expiração e apneia*, *equilíbrio* e *imersão*. De acordo com resultados da avaliação inicial, foram definidos objetivos gerais e específicos, tendo em conta as áreas fortes e menos fortes, descritos no subcapítulo do plano de intervenção.

As sessões de AMA iniciavam-se com tarefas de **ativação geral**, que promoviam a estimulação cardiovascular e musculoesquelética, o equilíbrio, o controlo respiratório e o mergulho, como caminhada, saltos e mergulhos em golfinho. As **atividades de desenvolvimento** centravam-se principalmente, em atividades que implicassem propulsão, em decúbito ventral e dorsal, com posterior redução de apoio físico e coordenação entre membros inferiores e superiores e em atividades de deslize. Por fim, era realizado o **retorno à calma**, onde se promovia a relaxação e a diminuição tónica.

Na avaliação inicial e na **entrada na água**, a A.F. obteve a cotação máxima (8 pontos) nas entradas diretas, apresentando mais dificuldades nos saltos, conseguindo realizar entrada na posição de sentada, pela berma da piscina. Já no âmbito da avaliação final, a A.F. melhorou no item dos saltos, passando a conseguir realizar a entrada na piscina de cabeça, da posição de sentado. No que respeita à **saída da água** A.F. obteve a cotação máxima nos dois momentos de avaliação.

No **controlo respiratório**, a A.F. apresentou dificuldades em todos os subdomínios, tendo a cotação inicial de 4 em 11, no item de inspiração, expiração e apneia, realizando expiração bucal com imersão da face, sendo também visível na avaliação final. Relativamente ao item da fatigabilidade, na avaliação inicial a A.F. apresentou, ocasionalmente, sinais de fadiga e instabilidade respiratória. Aquando da avaliação final, a A.F. reduziu os sinais de fadiga. No que respeita ao item de propulsão, os resultados na avaliação inicial mantiveram-se, realizando imersões em “golfinho” com apoio.

Nos **estilos de natação**, a A.F. apresentou, na avaliação inicial, dificuldades em todos os itens, apesar de realizar a expiração logo após a submersão do rosto, pela boca e pelo nariz, com apoio verbal. Após a intervenção, verificou-se uma melhoria no item dos movimentos fundamentais de crawl, passando a A.F. a conseguir realizar a expiração sem apoio verbal, sincronizar o batimento alternado dos membros inferiores com a braçada, executar a entrada do membro superior na água, realiza a rotação do braço e a mão é o seu primeiro contacto do braço com a água. Ainda nos **estilos de natação**, a A.F. também apresentou uma melhoria no item dos movimentos fundamentais de costas, conseguindo realizar batimento alternado de pernas sincronizando com rotação de braços.

## **6.2. Plano de intervenção**

Após a avaliação inicial, foi possível identificar as áreas fortes e as áreas a promover da A.F. o que possibilitou traçar o seu perfil e definir um plano de intervenção, com base em

objetivos gerais e específicos, apresentados em seguida e para cada um dos contextos onde a estagiária interveio. Para além dos objetivos estabelecidos pela estagiária, são também apresentados os objetivos específicos da CERCI Lisboa para a cliente, que se encontram produzidos em forma de objetivo geral, de forma a facilitar a sua realização em todas as sessões, sendo esta monitorização diária e sujeita a uma avaliação pelo European Quality Assurance for Social Services (EQUASS - sistema de reconhecimento, garantia e certificação de qualidade aplicado a organizações que atuam no âmbito dos serviços sociais), de 3 em 3 anos (EQUASS, 2017).

### 6.2.1. Atividade motora

De acordo com os resultados obtidos na avaliação inicial da ECAP, as áreas fortes da A.F. eram a *Autonomia, Desenvolvimento Físico, Desenvolvimento da Linguagem, Comportamento Sexual e Auto-abusivo e Merecedor de Confiança*. Em consequência das áreas com maior necessidade de apoio, apontam-se as *Atividades Domésticas, Personalidade e Socialização*, tendo com alguma frequência alterações de humor. Desta forma, a tabela 11 apresenta os objetivos estabelecidos para a A.F. passaram por trabalhar o equilíbrio estático e dinâmico, a tonicidade e a manutenção do humor.

**Tabela 11** - Objetivos de intervenção para a Atividade Motora da A.F.

	Objetivos específicos	Avaliação final	Obs.
<b>CERCI</b>	Realizar os exercícios propostos, de acordo com a instrução verbal		A avaliação final da CERCI Lisboa ainda não foi realizada.
<b>Estagiária</b>	Realizar tarefas de equilíbrio estático e dinâmico, sem apoio.	Objetivo concretizado	A cliente melhorou o seu equilíbrio, realizando sem dificuldades e necessidades de apoio circuitos de equilíbrio.
	Diminuir a rigidez muscular, com apoio verbal mínimo e físico moderado.	Objetivo concretizado	A cliente apresentou uma ligeira melhoria ao nível tónico, sendo visível a diminuição da rigidez muscular através da palpação.
	Aceder à passividade, permitindo que a técnica mobilize os vários segmentos corporais, com apoio verbal mínimo.	Objetivo concretizado em meio aquático	Este objetivo foi trabalho, individualmente, em meio aquático, tendo a A.F. permitido a realização de mobilizações, não se sucedendo o mesmo em contexto de ginásio.
	Manter o humor inalterado durante a sessão, sem necessidade de ser chamada a atenção, gerindo a tolerância à frustração.	Objetivo concretizado	Ao longo das várias sessões, a A.F. raramente apresentou alterações de humor e realizou uma boa gestão das suas frustrações.

O trabalho desenvolvido com o caso, em termos da tonicidade, foi mais individualizado na atividade em meio aquático, uma vez que o grupo era mais reduzido e possibilitava o desenvolvimento de um trabalho mais específico, daí se ter optado por inserir a relaxação em meio aquático e na atividade motora, ao longo das sessões.

### 6.2.2. Atividade em meio aquático

Em meio aquático, a A.F. apresentou como áreas fortes as *entradas e saídas da piscina* e a *fatigabilidade* e como áreas a promover os *estilos de natação (crawl, costas, bruços e mariposa)*, *saltos, propulsão e inspiração, expiração e apneia*. A A.F. também apresenta dificuldades nos itens de *equilíbrio e imersão*, constando esses também nos objetivos específicos a serem trabalhados (tabela 12).

**Tabela 12** - Objetivos de intervenção para a Atividade em Meio Aquático da A.F.

	Objetivos específicos	Avaliação final	Obs.
<b>CERCI</b>	Realizar os exercícios, de acordo com a instrução verbal, com apoio físico moderado e verbal mínimo		A avaliação final da CERCI Lisboa ainda não foi realizada.
<b>Estagiária</b>	Realizar entrada pela berma da piscina, de cabeça partindo da posição de sentado, com apoio físico moderado.	Objetivo concretizado	Este objetivo só começou a ser trabalhado numa fase avançada da intervenção, dado ser essencial o estabelecimento de uma relação de confiança, tendo posteriormente, a cliente ter sido capaz de realizar este objetivo com apoio físico ligeiro.
	Manter o equilíbrio ventral, com apoio físico ligeiro.	Objetivo concretizado	A cliente melhorou a sua capacidade em se manter na posição ventral, com apoio físico ligeiro.
	Imergir a face sem sinais de desconforto, sem apoio.	Objetivo concretizado	Verificou-se uma ligeira melhoria no desconforto da imersão da face, sendo que a A.F. já não fecha os olhos bruscamente e os limpa, frequentemente, após a submersão.
	Realizar expiração bucal com imersão da face, sem apoio verbal.	Objetivo concretizado	A A.F. já não necessita de apoio verbal para realizar a expiração bucal sempre que a face entra em contacto com a água.
	Realizar “golfinho” com apoio físico ligeiro.	Objetivo concretizado	A cliente consegue realizar “golfinhos” com apoio físico ligeiro, tendo reduzido a necessidade de apoio.
	Sincronizar o batimento de pernas com a braçada, controlando o ciclo respiratório com apoio verbal e físico ligeiro., na técnica de crawl.	Objetivo concretizado	A cliente evoluiu na técnica de crawl, conseguindo realizar o objetivo com apoio físico ligeiro.

### **6.3. Discussão dos resultados**

Em seguida, será apresentada a discussão de resultados obtidos pela A.F. quer na AM, em que foram concretizadas 17 sessões das 18 planificadas, quer na AMA, onde foram realizadas 22 sessões.

#### **6.3.1. Atividade motora**

Relativamente à atividade motora, aquando do preenchimento da ECAP, no domínio do desenvolvimento físico só foram detetadas dificuldades no equilíbrio e tonicidade, dado que este instrumento não é direcionado para a psicomotricidade, oferecendo uma visão global do cliente em diversas áreas do comportamento adaptativo, não sendo muito específico no âmbito das competências psicomotoras.

No que se refere à tonicidade esta manteve-se como dificuldade visível na avaliação final, frequente nos indivíduos com DID (Fonseca, 2001), uma vez que as componentes relativas ao processamento de informação e dos fatores psicomotores estão menos disponíveis e acessíveis, repercutindo-se em limitações ao nível da tonicidade (Fonseca, 1995). Ao nível do domínio do desenvolvimento físico, foram ainda identificados resultados inferiores em tarefas motoras que exigem a combinação de duas atividades (Jankowicz-Szymanska et al., 2012).

Em termos gerais, o caso não demonstrou dificuldades na compreensão de regras (Santos e Morato, 2012c), nem na memória, manutenção da atenção e concentração apesar das dificuldades na autorregulação do comportamento (Pennington e Bennetto, 1998). Ainda ao nível da atividade motora, uns dos pontos a ser trabalhado dizia respeito ao comportamento e alterações de humor, que se manteve inalterado na avaliação final, mas que, raramente, foram manifestados em contexto de sessões. Os indivíduos com DID apresentam instabilidade emocional e mudanças repentinas de humor, assim como dificuldades em perceber as suas reais capacidades Santos e Morato (2012c). Um outro aspeto a salientar, é a reduzida iniciativa e participação passiva nas atividades (Heiman, 2000; Santos e Morato, 2012c), mais visível na avaliação inicial do estudo de caso, dado esta ter decorrido numa fase ainda inicial da relação terapêutica. Neste âmbito, torna-se importante dinamizar atividades que promovam a entreaajuda, o espírito de equipa e o estabelecimento de relações interpessoais, indo ao encontro dos interesses e vontades do cliente, demonstrando flexibilidade na concretização das sessões planeadas. Este tipo de abordagem contribui também para um equilíbrio emocional e um evitamento de mudanças repentinas de humor, contribuindo para uma maior segurança, bem-estar e autoestima.

### **6.3.2. Atividade em meio aquático**

Com a ECAP foi possível analisar algumas aquisições de autonomia, trabalhadas em ambos os meios, mais concretamente, ao nível da necessidade de ajudas no balneário. Contrariamente ao que vários autores referem (e.g.: Santos e Morato, 2012c; Woolf et al., 2010), a A.F. não apresenta dificuldades nas questões da alimentação, da utilização da casa de banho, e nos parâmetros referentes ao vestir e despir, apesar de dificuldades nas questões da segurança e mobilidade.

Relativamente à Escala de Avaliação em Meio Aquático, o caso evoluiu nos itens de saltos, conforto e bem-estar, imersão, fatigabilidade, movimentos fundamentais de crawl e de costas, apresentando uma boa evolução, corroborando Matias (2005), que refere que o meio aquático é visto como um meio facilitador do desenvolvimento neuropsicomotor. De um modo mais específico, o caso melhorou a sua à vontade em meio aquático e começou a realizar os movimentos de forma mais eficiente com ajuda técnica (Colomina et al., 2007). Ao longo da intervenção, foi possível identificar uma diminuição do tónus, conduzindo à descontração e à melhoria da resistência, força muscular, coordenação e equilíbrio, tal como referido por Biasoli e Machado (2006), bem como à melhoria no controlo respiratório, que representa o ponto de partida para as imersões progressivas e segurança em meio aquático, referido por Matias (2005). Todavia, apesar de uma melhoria no controlo respiratório, a evolução no item da fatigabilidade não foi significativa, possivelmente, devido aos problemas de asma da cliente.

De salientar que o trabalho desenvolvido ao longo destes meses de intervenção, em ambos os contextos, deve continuar a ser desenvolvido, de modo a que as aquisições trabalhadas possam ser mantidas e consolidadas. Na mesma linha de pensamento, deixa-se como sugestão um trabalho mais individualizado no que respeita às competências em meio aquático, dado que ainda há varias questões que podem ser trabalhadas, potencializando uma maior autonomia em meio aquático e por consequência, uma diminuição das inseguranças, que levariam a uma melhor especialização das técnicas de nado. Ao nível da AM, seria importante um aumento do tempo das atividades de relaxação psicomotora, a fim de proporcionar mais momentos e de maior duração, de retorno à calma, sendo uma atividade que vai ao encontro do gosto do estudo de caso o e poderia ajudar nas dificuldades ao nível da tonicidade.

#### **6.4. Avaliação final do grupo de intervenção**

Nas primeiras sessões de observação, não participada e participada, em que a estagiária presenciou, foi possível verificar as dificuldades e capacidades dos clientes, ao longo de várias tarefas propostas, permitindo à estagiária ter uma visão global de cada um. A estagiária consultou os objetivos específicos delineados para cada cliente, ficando a saber o nível de apoio físico e verbal que os clientes necessitavam, em ambos os contextos de intervenção.

De um modo geral, na atividade motora, foram identificadas melhorias ao nível:

- Do equilíbrio estático e dinâmico, visível através da menor necessidade de apoio físico e verbal na execução dos circuitos de equilíbrio;
- Das atividades de grupo, que implicam a cooperação e entreaajuda, interagindo e ajudando-se a realizar as tarefas com sucesso;
- Da agilidade e motricidade global, melhorando a execução com êxito das atividades de aquecimento;
- Da descontração tónica, conseguindo diminuir o ritmo cardiorrespiratório e descontrair a musculatura, identificável através da palpação dos músculos e verbalização do cliente; e
- Da necessidade de chamadas de atenção, de reinstruções e reforço verbal.

Relativamente à atividade em meio aquático, e na análise pós-intervenção, foram detetadas melhorias ao nível:

- Das entradas na água, uma vez que inicialmente, todos os clientes realizavam a entrada na posição de sentado na vertical e agora só um o faz, partindo os restantes da posição de sentado e entrando de cabeça;
- Do equilíbrio em meio aquático, não necessitando de tanto apoio físico para se deslocar na vertical e diminuindo a necessidade de reforço verbal nos deslocamentos horizontais em decúbito dorsal e ventral, mantendo o apoio físico;
- Das imersões, sendo necessário menos apoio físico e verbal, existindo um maior controlo respiratório;
- Da propulsão através de uma melhor execução do movimento alternado das pernas e da necessidade de menos correções verbais na imersão completa do corpo com impulso para a frente e para baixo (“golfinho”), mantendo a necessidade de apoio físico, em alguns casos.

## 7. Outras atividades

No decorrer das atividades de estágio, para além das atividades previstas no horário, a estagiária teve também a oportunidade de participar em outras atividades no exterior, com os clientes do CTVAA:

- **Encontro com o Desporto Adaptado** – atividade organizada no âmbito da unidade curricular de Estratégias de Inclusão em Educação Física do Mestrado em Educação Física da Faculdade de Motricidade Humana, no dia 8 de novembro de 2016; a atividade decorreu nas instalações da faculdade, contando com a participação de 7 clientes do CTVAA, tendo sido realizadas atividades ligadas ao voleibol e andebol, sendo o papel da estagiária como auxiliar na atividade;
- **Hidroginástica** – atividade desenvolvida no âmbito dos intercentros, realizada na Piscina Municipal do Forte da Casa, em Vila Franca de Xira, no dia 28 de novembro de 2016; a atividade consistia numa aula de hidroginástica, contando com a participação de 8 clientes do CTVAA, tendo os técnicos e a estagiária participado como apoio físico durante a atividade;
- **VII Encontro de Ténis** – no âmbito dos intercentros, esta atividade decorreu nos campos de Ténis do Jamor, no dia 6 de dezembro de 2016; com 9 clientes do CTVAA, que realizaram várias atividades em circuito relacionadas com ténis, com apoio dos técnicos e da estagiária.
- **Arraial de Natal** – convívio organizado pela CERCILisboa, para os seus clientes e famílias, realizado no ginásio do CTVAA, no dia 20 de dezembro de 2016; durante o convívio, decorreu a atuação do grupo Bomb'arte, existindo sempre música durante todo o arraial e várias “barraquinhas” com produtos da instituição e vários produtos alimentares à venda; todos os 3 centros da CERCILisboa estiveram presentes, tendo a estagiária o papel de observadora e a oportunidade de conhecer algumas famílias, quando os clientes assim o quiseram;
- **II Encontro de Paddel Surf** – atividade desenvolvida no âmbito dos intercentros, na Piscina Municipal de Barcarena, em Oeiras, no dia 26 de janeiro de 2017, com 4 clientes do CTVAA, que realizaram a tarefa de paddle surf, com apoio físico da estagiária e técnicas;
- **Atividade de S. Valentim** – atividade dinamizada pelo CTVAA da CERCILisboa, para os seus clientes, realizado na sala de convívio, no dia 14 de fevereiro de 2017; durante a atividade, foram entregues cartas elaboradas pelos clientes para serem entregues a quem eles quisessem; seguindo-se posteriormente, um

momento com música onde os clientes poderiam dançar; a estagiária teve o papel de observadora;

- **Atividade no CEFAD (Centro de formação na área do desporto)** - atividade desenvolvida no CEFAD, que contou com a participação de 6 clientes do CTVA, realizado em Benfica, no dia 24 de fevereiro de 2017; a atividade consistia numa sessão tipo dinamizada pela orientadora Dr<sup>a</sup>. Elisabete Sousa e pela estagiária com o objetivo de demonstrar a forma de trabalhar com clientes com DID, em que os alunos do CEFAD participaram na sessão e também eles desenvolveram atividades para os clientes do CTVA;
- **Atividade do dia da mulher** – atividade dinamizada pelo CTVA da CERCI Lisboa, para os seus clientes, realizado na sala de convívio, no dia 8 de março de 2017; durante a atividade, foram entregues flores de papel a todas as clientes e trabalhadoras e os clientes puderam dedicar frases a explicar o porquê das mulheres serem importantes na sua vida; a estagiária teve o papel de observadora;
- **Caminhada de Orientação** - atividade desenvolvida no âmbito dos intercentros, na praia da Aguda, em Sintra, no dia 18 de abril de 2017, com 6 clientes do CTVA, que realizaram uma caminhada de 5 km com 12 estações de tarefas, tendo a estagiária, participado como apoio físico durante a atividade;
- **Visita à exposição de Graça Morais e caminhada por Belém** - atividade organizada pela terapeuta ocupacional Paula, em Belém, no dia 21 de abril de 2017, com 23 clientes do CTVA, acompanhados por 5 técnicas e pela estagiária; a atividade consistiu numa caminhada, pelo jardim da Fundação Champalimaud e na zona da Torre de Belém, com posterior visita à exposição de Graça Morais na Fundação;
- **Festa da Primavera** – atividade desenvolvida no âmbito dos intercentros, pelo Elo Social, no parque Urbano de Santa Iria, no dia 18 de maio de 2017, com 10 clientes do CTVA, acompanhados por 2 técnico e estagiária; a atividade consistia em 7 estações com o tema “Jogos Turismo Elíptico”, tendo a estagiária, participado como apoio físico durante a atividade.

De forma promover o interesse e a motivação nas sessões, a estagiária criou alguns materiais que inseriu em várias sessões, sendo estes apresentados em seguida:



**Figura 2 - Twister e respetivas peças**



**Figura 3 - Ovos da Páscoa Coloridos**



**Figura 4 - Cubo de Posições**



**Figura 5 - Saquinhos de essências**

Todos estes materiais encontram-se inseridos em planeamentos de sessões de AM, encontrando-se descritos e enquadrados nas atividades com respetivos objetivos.

## **8. Projeto de investigação**

Paralelamente à intervenção psicomotora desenvolvida nas atividades de estágio, a estagiária foi incentivada a planear e a concretizar um projeto de investigação inovador. A ideia para o projeto apareceu através da constatação de que as sessões de atividade motora já não se encontravam adaptadas aos clientes mais envelhecidos. Deste modo, surgiu a ideia de realizar uma tipologia de sessões diferentes das atuais, que incide-se nas questões onde os clientes apresentavam mais dificuldades e que fossem essenciais para a manutenção das competências fundamentais para a sua autonomia no dia-a-dia.

Nesta linha de pensamento, foi considerado como competências a serem trabalhadas a aptidão física e funcional e o equilíbrio.

Um outro aspeto ponderado no projeto de investigação foi a necessidade de trabalhar áreas que estivessem implicadas nas deslocações ao Complexo Desportivo do Casal Vistoso, onde decorre a atividade em meio aquático, uma vez que, neste contexto, os clientes ainda conseguem trabalhar competências que em atividade motora já não lhes é possível, devido às suas limitações. Assim e dado que, o meio aquático é um meio facilitador de aprendizagens, é fundamental que os clientes continuem a usufruir deste contexto, sendo importante para isso, que consigam fazer o trajeto até lá com a máxima autonomia possível.

O projeto será então apresentado em seguida em formato de artigo.

## **9. A Atividade Motora Adaptada na Capacidade Funcional de Indivíduos com DID com mais de 40 anos<sup>1</sup>**

### **Resumo**

O aumento da esperança média de vida da população com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) conduziu ao aparecimento de um novo grupo populacional, os gerontes com DID, com novos desafios ao nível dos apoios e da intervenção. O objetivo deste artigo, é analisar o contributo de um programa de atividade motora adaptada (AMA) na capacidade funcional de 7 participantes com DID “ligeira e moderada” entre os 42 e os 57 anos ( $50.14 \pm 5.43$ ) e a frequentar o Centro de Atividades Ocupacionais, de uma instituição da zona de Lisboa. Para este efeito, foi elaborada e aplicada a Checklist da Atividade Motora, em três momentos: avaliação baseline (resultante de duas avaliações prévias ao início da intervenção), final e retenção. Com base nos valores obtidos na baseline e considerando as características dos participantes, foi estabelecido um programa de AMA, de 3 meses e com sessões semanais (de 50min cada). Para a análise das diferenças entre os vários momentos de avaliação, foram utilizados os testes de Friedman e Wilcoxon. Os resultados obtidos apontaram os benefícios da intervenção ao nível funcional dos participantes, verificando-se que as principais diferenças (evoluções) ocorreram ao nível das competências de mobilização e de equilíbrio. As implicações para a prática e para a investigação futura serão apresentadas. Em suma, os benefícios

---

<sup>1</sup> Ramos, J., Estevens, M., Sousa, E., Gomes, F. e Santos, S. (2017). A Atividade Motora Adaptada na capacidade funcional de indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental com mais de 40 anos. *Revista Científica Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes - Desporto e Atividade Física para Todos*. (no prelo)

obtidos na aplicação deste programa, poderão ser uma possível resposta, ao nível da intervenção, para este subgrupo populacional.

**Palavras-Chave:** Atividade motora adaptada, funcionalidade, gerontes, dificuldade intelectual e desenvolvimental, avaliação, eficácia da intervenção

### **Abstract**

The increase in the average life expectancy of persons with intellectual and developmental disabilities (IDD) led to the emergence of a new population group, the elderly with IDD, with new challenges in terms of support and intervention. The purpose of this article is to analyze the contribution of an adapted motor activity program (AMA) to the functional capacity of 7 participants between 42 and 57 years-old ( $50.14 \pm 5.43$ ), with “mild or moderate” IDD attending a Center of Occupational Activities of an institution in Lisbon. For this purpose, the Checklist of Motor Activity was elaborated and applied in three moments: baseline assessment (resulting from two evaluations prior to the beginning of the intervention), final and retention. Based on baseline scores and considering the characteristics of the participants, an AMA program for 3 months and with weekly sessions (50 minutes each) was established. Friedman’s and Wilcoxon tests were used to analyze the differences between the three moments of evaluation. Results pointed out the benefits of the intervention at the functional level. Main differences (evolutions) were observed in physical and functional aptitude, and in balance. Implications for practice and research will be presented. In short, the benefits obtained in the application of this program may be a possible response at the intervention level for this population subgroup.

**Keywords:** Adapted physical activity, functionality, elderly, intellectual and developmental disability, assessment, intervention effectiveness

## **9.1. Introdução**

A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) é uma perturbação do desenvolvimento caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e adaptativo que se expressam ao nível das competências concetuais, práticas e sociais antes dos 18 anos (DSM-V, 2013; Schalock et al., 2010). Em Portugal, o número de pessoas identificadas com DID é de 0.7% (Instituto Nacional de Estatística, 2001), com maior incidência no género masculino, registando-se um maior número de casos nas idades entre os 25 e os 64 anos.

Atualmente, o aumento da esperança média de vida tem conduzido ao aparecimento de um novo grupo populacional, os gerontes com DID, levantando novas

questões sociais, para as instituições, famílias e prestadores de cuidados que necessitam de outro tipo de serviços e recursos, apesar da ainda escassez nas respostas a este subgrupo (Peralta, Neto e Marques, 2013). O novo paradigma, relevando o papel dos apoios na qualidade de vida das pessoas com DID (Schalock et al., 2010), exige o reequacionar da provisão dos serviços e da re-planificação de programas de intervenção que promovam a sua capacitação para um papel ativo na relação com o meio, através de planos centrados na pessoa (Valente, Santos e Morato, 2012).

Com o envelhecimento normal ocorre uma diminuição da massa muscular e a consequente perda de força muscular, alterações nas funções sensoriais, capacidade de concentração, memória e relações sociais (Juhel, 2010; Peirats e Burgos, 2010), surgindo, estas alterações, mais cedo na DID, sendo os 45 anos apontados como a idade de declínio (Cox, et al., 2010). Estas alterações, no envelhecimento normal, conduzem a uma diminuição da capacidade funcional, definida como a relação entre as atividades da vida diária executadas pelo indivíduo e o esforço despendido na realização destas (Silva, 2006), medida através da saúde física e mental, da capacidade de autocuidado e condições socioeconómicas, que indicam o grau de independência funcional do indivíduo, na realização de atividades básicas da vida diária e das atividades instrumentais da vida diária (Barbosa, Almeida, Barbosa e Rossi-Barbosa, 2014).

No processo de envelhecimento normal, a nível fisiológico, observa-se a diminuição da capacidade funcional, pelo declínio gradual do consumo máximo de oxigénio proveniente de alterações cardiovasculares, que condicionam a regulação do fluxo sanguíneo, com diminuição da capacidade aeróbia, perda de massa muscular e diminuição da capacidade oxidativa (Silva, 2006), conduzindo à deterioração da resistência muscular, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e coordenação (Ueno, 1999).

Em termos cognitivos, começa a surgir uma maior lentidão nos processos de reação aos estímulos, que dificulta a aprendizagem de novas habilidades e alterações na memória (Peirats e Burgos, 2010), constatando-se uma diminuição da vigilância e atenção na tarefa e na discriminação de estímulos relevantes (Richards, et al., 2015), nomeadamente na memória perceptiva e verbal (Burt et al., 2005). A diminuição na capacidade de resolução de problemas e na capacidade de expressão verbal (Peirats e Burgos, 2010), bem como dificuldades na compreensão de tarefas (Oppewal, et al., 2013), afetam a autoestima e autoconfiança, proveniente da diminuição das atividades e do afastamento dos familiares e amigos (Peirats e Burgos, 2010).

As alterações sensoriais e perceptivas, decorrentes do envelhecimento normal, condicionam a recolha de informação, conduzindo à tomada de decisões menos corretas

com respostas desajustadas, dificuldades no controlo postural e na marcha e no processamento de informações sensoriais em simultâneo (Barreiros, 2006). A diminuição da integração dos sistemas sensoriais e motores, conduz a problemas na coordenação e nas atividades motoras (Juhel, 2010), ocorrendo alterações psicomotoras no equilíbrio e controlo postural, resultantes da desorganização das informações visuais, proprioceptivas e vestibulares (Fiúza, et al., 2013), pois os recetores (e.g.: visão, sentido quinestésico, audição) começam a apresentar limitações (Juhel, 2010).

Com a idade, ao longo do processo de envelhecimento, denota-se ainda, o aparecimento de perturbações ao nível músculo-esquelético, que originam a inflamação e destruição da cartilagem, conduzindo a artrites e artroses (Peirats e Burgos, 2010), e limitações na regulação tónica que perturbam o ciclo muscular alongamento-encurtamento, afetando todo o controlo motor (Juhel, 2010).

Pessoas com DID de idade superior a 50 anos tendem, a manifestar problemas ao nível do equilíbrio dinâmico, velocidade e marcha (Carmeli, et al, 2005), ficando mais expostos a quedas, principalmente o género feminino e a partir dos 45 anos (Oppewal et al., 2013). O aumento da idade, a mobilidade reduzida, a epilepsia, condições de paralisia e doença de Parkinson são alguns dos fatores de risco, sendo que a severidade da DID não é considerado como tal (Chiba et al., 2009; Cox et al., 2010; Enkellar, et al., 2013), os padrões de marcha atípicos, a impulsividade e distratibilidade, as dificuldades visuais e as perturbações motoras, são também fatores de risco (Hale, et al., 2007).

Além disso, surgem dificuldades na perceção e orientação, na motricidade, na representação mental do corpo e da sua relação com o meio, na dificuldade na organização coerente de gestos no espaço, dificuldades nas interações sociais e na higiene pessoal (Haveman et al., 2009; Juhel, 2010).

A atividade física melhora a perceção, bem-estar, autoconceito (Carmeli et al., 2005), auto-estima, imagem corporal, socialização e ajuda na diminuição do stress (Matsudo, 1997), contribuindo para o treino das qualidades físicas da pessoa com DID através de atividades de vida diária. Além disso, a atividade física combinada com uma dieta com alto teor energético contribui para a diminuição de doenças cardiovasculares na DID (Carmeli et al., 2005; Haveman et al., 2009).

Para a manutenção da aptidão funcional e independência do indivíduo, no processo de envelhecimento normal, é fundamental manter os níveis de força muscular, sendo o treino de força uma boa alternativa para travar a perda da capacidade funcional, nomeadamente o desenvolvimento dos grandes grupos musculares do eixo do corpo

(extensores da coluna, abdominais, extensores do membro inferior e músculos com ação na cintura escapular), trabalhados em tarefas como subir e descer escadas e levantar e sentar de uma cadeira (Correia, Mil Homens, Silva e Espanha, 2006). Os exercícios de alongamentos também possibilitam um aumento de força muscular, melhoria na flexibilidade, diminuição das dores articulares e melhoria na qualidade das mobilizações (Ueno, 1999), ao nível do envelhecimento normal.

No envelhecimento não patológico, os benefícios das tarefas de força observam-se com a melhoria da postura corporal, densidade mineral óssea, redução da dor, redução dos fatores de risco das quedas e normalização dos níveis de pressão sanguínea (Araújo, 2011). Para o autor, o treino da flexibilidade pretende a melhoria na amplitude articular, execução dos movimentos do dia-a-dia, diminuição dos problemas posturais e redução da sensação de dor. O treino aeróbio proporciona o aumento da capacidade cardiovascular e respiratória, aumento do metabolismo basal, o controlo da pressão arterial e o aumento do consumo máximo de oxigénio (Araújo, 2011).

A nível articular, durante o envelhecimento normal, é importante: estimular o uso de cada articulação na sua amplitude disponível de movimento; evitar esforços e pressões desnecessárias; usar cada articulação no plano anatómico e funcional mais estável; evitar atividades prolongadas e repetitivas; respeitar a fadiga e a dor; e estimular a função equilibradora (Pascoal e Oliveira, 2006). Os alongamentos estáticos e dinâmicos para a melhoria da amplitude articular, as tarefas de alongamentos para a redução da rigidez muscular, que aumentam a força muscular, os exercícios aeróbios de baixo impacto como as atividades aquáticas e a reconstrução das aferências proprioceptivas que resultam em melhorias ao nível do equilíbrio (Espanha e Pais, 2006) são algumas das questões a considerar que acarretam benefícios no envelhecimento normal.

Lotan, Isakov, Kessel e Merrick (2004) implementaram um programa de exercício diário de 20/30 minutos por dia, numa passadeira rolante, aumentando a velocidade e a inclinação ao longo do programa, durante 12 meses, com 15 crianças entre os 5 e 10 anos, com DID “grave e profunda”, tendo identificado melhorias na aptidão física dessas crianças, resultando na melhoria da sua capacidade funcional. Tamin, Idris, Mansyur e Soegondo (2015) avaliaram a eficácia de exercícios de resistência em indivíduos com DID com excesso de peso, entre os 10 e os 30 anos. Os 212 participantes foram divididos em 3 grupos, com intervenção 3 vezes por semana ao longo de 4 meses, em que dois desses grupos realizavam exercícios cardiorrespiratório e de resistência muscular dos membros inferiores, tendo-se constatado um aumento da aptidão física (Tamin et al., 2015).

Carmeli et al., (2005) avaliaram os efeitos de um programa de treino, durante 6 meses e com sessões trissemanais de 45 minutos, centrado no equilíbrio e na força muscular e no desempenho e bem-estar de 22 idosos, entre os 54 e os 66 anos, com DID “ligeira”. O programa consistia em exercícios de equilíbrio dinâmico, fortalecimento muscular e atividade de dinâmicas gerais (e.g., dançar, rolar uma bola, empurrar, puxar, levantar). Após a intervenção os autores verificaram um maior aumento do bem-estar, desempenho funcional e autoconceito, do que ao nível do equilíbrio.

Jankowicz-Szymanska, et al., (2012) avaliaram o equilíbrio estático, em 40 indivíduos com DID “ligeira”, através de exercícios físicos com superfícies instáveis, ao longo de 12 semanas com sessões bissemanais de 45 minutos. Os autores constataram que exercícios em plataformas instáveis melhoram o equilíbrio estático em jovens com DID. Marin, Matsudo, Matsudo, Andrede e Braggion, (2003) analisaram o efeito de um acréscimo de 1kg nos exercícios de um programa de atividade física na aptidão física e capacidade funcional de mulheres, sem DID, com mais de 50 anos fisicamente ativas, tendo constatado um aumento das variáveis de flexibilidade e força dos membros superiores e inferiores. Moreira, Malloy-Diniz, Fuentes, Correa e Lage (2010), avaliaram a relação entre a atividade física sequencial e o desempenho de idosos saudáveis, em tarefas de funções executivas, através de 6 testes, e constataram que quando as atividades motoras são dirigidas e sequenciais, existe um melhor desempenho das funções executivas, contrariamente às atividades cíclicas como caminhar.

Neste sentido, torna-se essencial identificar as características psicomotoras e funcionais, averiguando qual a melhor intervenção a implementar (Pinheiro e Santos, 2016), repensando nos atuais sistemas de apoios para indivíduos com DID e com mais de 40 anos. A proposta de intervenções inovadoras e mais centradas na pessoa com DID deve focar-se em compreender melhor os processos ligados ao envelhecimento, para diminuir o seu impacto e otimizar-se a funcionalidade pessoal diária. Para tal, é fundamental promover o envelhecimento ativo das pessoas com DID, podendo a atividade motora adaptada ser um bom meio para tal, dado contribuir para a melhoria da capacidade funcional, mobilidade e qualidade de vida, através de atividades aeróbias, de fortalecimento muscular e de equilíbrio (Matsudo, 2009), reduzindo o impacto da perda de equilíbrio, fragilidade óssea e dores articulares (Pedrinelli, Garcez-Leme e Nobre, 2009).

Desta forma, os objetivos do presente estudo referem-se à análise do efeito de um programa de atividade motora adaptada na capacidade funcional, de um grupo de indivíduos com DID, com mais de 40 anos.

## **9.2. Metodologia**

### **9.2.1. Amostra**

O grupo de estudo, de conveniência, foi constituída por 7 participantes, entre os 42 e 57 anos ( $50.14 \pm 5.43$ ) seis do sexo feminino e um do sexo masculino com DID ligeira e moderada<sup>2</sup>, a frequentar o Centro de Atividades Ocupacionais de uma instituição da zona de Lisboa. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: idade superior a 40 anos, diagnóstico de DID e beneficiarem de intervenção em atividade motora. No que se refere a critérios de exclusão, foi determinado que não poderiam ter outras perturbações associadas para além da DID que afetassem a prática do programa (e.g., deficiência motora).

### **9.2.2. Instrumento**

A Checklist da Atividade Motora Adaptada foi elaborada e adaptada a partir de instrumentos já criados e validados e outros em investigação para serem validados para a população portuguesa, nomeadamente: Bateria de Avaliação da Aptidão Física e Funcional de Fullerton (Baptista e Sardinha, 2005); Escala Avançada de Equilíbrio de Fullerton (Baptista e Sardinha, 2005); Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa (Santos e Morato, 2004); Exame Geronto-Psicomotor (Morais, Santos e Lebre, 2012); e Inventário de Avaliação das Funções Executivas em Crianças (Gioia, Isquith, Guy e Kenworthy, 2000).

A Checklist da Atividade Motora Adaptada encontra-se de acordo com as necessidades dos participantes e com os objetivos previstos no plano individual de cada, para avaliar as competências motoras, sensoriais e cognitivas dos participantes, contendo um total de 21 itens: para avaliar o nível tónico e as questões da noção do corpo (item 1 – nível de eutonia; item 2 – noção do corpo) - estes itens apesar de não avaliarem diretamente aspetos ligados à funcionalidade motora, são fundamentais para que os outros domínios se desenvolvam, devendo estar adquiridos; itens relacionados com as capacidades funcionais do cliente, para se analisar a sua mobilidade articular e força muscular (item 3 – mobilização passiva do membro superior; item 4 – mobilização ativa do membro superior; item 5 – mobilização passiva do membro inferior; item 6 – mobilização ativa do membro inferior; item 7 – levantar e sentar na cadeira; item 8 – flexão do antebraço; item 9 – sentado, caminhar e voltar a sentar; item 10 – sobe e desce escadas); itens para avaliar a capacidade do indivíduo de se manter em equilíbrio, em situações estáticas e dinâmicas (item 11 – permanecer de olhos fechados com os pés

---

<sup>2</sup>Apesar das mais recente classificação por necessidade de apoios, optou-se pela utilização da classificação anterior dado ser a que consta nos processos clínicos dos participantes

juntos; item 12 – dar 10 passos em linha reta; item 13 – equilíbrio sobre um apoio; item 14 – saltar a pés juntos; item 15 – marcha com rotação simultânea da cabeça); itens para avaliar a capacidade de retenção da informação e de atenção na tarefa e instrução, bem como analisar a capacidade do indivíduo em lidar com situações de frustração e da forma como lida e vê o seu sucesso e dificuldades (item 16 – manutenção da atenção; item 17 – dificuldade em manter-se na tarefa; item 18 – memória imediata; item 19 – fraca tolerância à frustração; item 20 – alterações de humor; item 21 – consciencialização das capacidades).

A cotação dos itens é do tipo Likert, variando entre 1 a 4, sendo 1 quando o cliente não realiza a tarefa; 2 se realiza com dificuldade e necessidade de apoio físico e verbal; 3 se realiza com dificuldade, sem necessidade de apoio físico, podendo ter apoio verbal; e 4 quando a tarefa é realizada sem dificuldade nem necessidade de apoios. O preenchimento da checklist deve ser realizado por observação direta dos comportamentos dos indivíduos, em contexto de atividade motora adaptada.

### **9.2.3. Procedimentos**

Todos os procedimentos éticos foram assegurados, tendo-se entregue um consentimento informado a todos os intervenientes, com uma breve explicação sobre a investigação (objetivos e procedimentos), com garantia da confidencialidade e anonimato dos dados. A todos foi esclarecido que a participação era voluntária e que poderiam desistir a qualquer momento. Após a recolha destes documentos assinados a aplicação da escala, ocorreu nos diferentes momentos de avaliação previstos (duas aplicações antes do início da intervenção para o estabelecimento da baseline, após a intervenção e finalmente, após o mês de férias para a avaliação da retenção), em contexto ginásio, tendo a sua aplicação demorado cerca de 60 minutos. O aplicador/investigador foi sempre o mesmo e não houve constrangimentos sonoros ou interrupções externas. Baseados nos resultados obtidos procedeu-se ao planeamento do programa de atividade motora adaptada. O tratamento dos dados foi realizado recorrendo ao software Statistical Package of Social Sciences (SPSS), versão 23.

### **9.2.4. Programa de atividade motora adaptada**

O programa de Atividade Motora Adaptada foi baseado nos resultados obtidos durante as avaliações iniciais, tendo-se delineado os objetivos de acordo com as capacidades e necessidades dos indivíduos, idade cronológica, preferências e motivações com o intuito de promover a sua funcionalidade. As sessões de atividade motora adaptada tiveram a

duração de 50 minutos, com uma incidência semanal, durante 13 semanas. As sessões eram compostas por 3 momentos, descritos em seguida:

1) Ativação Geral – consistia numa atividade de caminhada e de subida e descida de escadas, durante cerca de 10 minutos, para ativação do sistema musculoesquelético e cardiorrespiratório;

2) Desenvolvimento – consistia em atividade de mobilidade articular, capacidade física e funcional e equilíbrio, durante cerca de 30 min, onde se pretendia desenvolver as competências de mobilidade articular, amplitude articular, força muscular e equilíbrio estático e dinâmico;

3) Retorno à Calma – onde primeiramente, se pretendia trabalhar a relaxação ativa e passiva, através da diminuição do tônus muscular e num segundo momento, decorria um diálogo final, tendo como objetivo desenvolver a capacidade de reatuação de informação, a autoavaliação e consciencialização das suas capacidades, num total de aproximadamente 10 minutos.

As sessões-tipo do Programa de Atividade Motora Adaptada implementado estão apresentadas nas tabelas 13 a 16, realçando-se que foi aplicada uma sessão diferente em cada semana ao longo de um mês, voltando a reproduzir o mesmo nos restantes meses. Em todas as sessões foram utilizadas como estratégias: instrução verbal simples e objetiva, reforço positivo, demonstração, manipulação e feedback corretivo. Nos casos em que havia a necessidade, as atividades eram reajustadas às necessidades dos clientes e eram dados os devidos apoios físicos.

**Tabela 13 - Sessão-tipo do Programa de Atividade Motora Adaptada da 1ª semana**

<b>Programa de Intervenção em Atividade Motora Adaptada</b>					
<b>Nº de Clientes: 7</b>		<b>Data: janeiro, fevereiro, março, abril</b>			<b>Local: Ginásio</b>
<b>Duração: 50 min</b>		<b>Periodicidade: 1x semana</b>		<b>Sem: 1ª</b>	<b>Orientação da sessão: JR</b>
<b>Atividade</b>		<b>Tempo</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Descrição da Atividade</b>
<b>Ativação geral</b>	Caminhar	5'	-----	- Estimular os sistemas músculo-esquelético e cardiorrespiratório	Os clientes devem caminhar pelo ginásio, ao ritmo que quiserem.
	Subir e descer escadas	5'	-----		Os clientes devem subir as escadas e descer a rampa, realizando posteriormente o percurso inverso.
<b>Desenvolvimento</b>	Atividades de mobilidade articular	10'	Banco Sueco	- Desenvolver a capacidade de mobilidade articular	Os clientes, sentados no banco sueco, devem realizar as seguintes tarefas: flexão e extensão da mão, flexão e extensão do antebraço, flexão e extensão do braço, flexão e extensão do pé, flexão e extensão da perna e rotação externa da bacia.
	Atividades de capacidade física e funcional	5'	Sacos de areia	- Desenvolver a amplitude e a força muscular	Os clientes devem, em posição bípede e com sacos de areia nas mãos: efetuar a flexão e extensão do antebraço; flexão do braço no plano sagital; e abdução do braço no plano frontal.
		7'	Colchão Bola		Os clientes devem deitar-se em decúbito dorsal no colchão e realizar as seguintes atividades: apertar uma bola com os joelhos; colocar uma bola na planta do pé, realizando flexão e extensão da coxa através do rolamento da bola; com os pés apoiados e os joelhos fletidos devem elevar a cintura pélvica sem retirar as omoplatas e a cabeça do colchão; e devem com as pernas fletidas juntar os joelhos ao tronco.
Atividades de equilíbrio	8'	Desenhos pegadas Pinos Arcos Corda Banco sueco	- Desenvolver a capacidade de equilíbrio	Os clientes devem realizar o seguinte percurso: colocar os pés em cima dos desenhos de pegadas; contornar pinos em zig-zag; saltar a pés juntos para dentro dos arcos; andar em cima de uma corda; e passar por cima de um banco sueco.	
<b>Retorno à Calma/Relaxação</b>	Atividades de relaxação ativa e passiva	5'	Bola Colchão	- Desenvolver a capacidade de retorno à calma, através de alongamentos	Os clientes devem realizar as seguintes atividades, sentados num colchão e segurando uma bola com as mãos: elevar os braços em simultâneo, em extensão, por cima da cabeça; rodar o tronco para a direita e para a esquerda; com as pernas fletidas tentar chegar com a bola o mais perto possível do pé direito e depois esquerdo.
	Diálogo Final	5'	-----	- Desenvolver a capacidade de chamada de informação, de autoavaliação e de autoconceito	Cada cliente deve descrever algumas das atividades que realizou e fazer a sua avaliação da sessão, enumerando as atividades em que teve mais dificuldades.

**Tabela 14 - Sessão-tipo do Programa de Intervenção de Atividade Motora Adaptada da 2ª semana**

Programa de Intervenção em Atividade Motora Adaptada					
Nº de Clientes: 7			Data: janeiro, fevereiro, março, abril		Local: Ginásio
Duração: 50 min		Períodicidade: 1x semana		Sem: 2ª	Orientação da sessão: JR
Atividade		Tempo	Material	Objetivos	Descrição da Atividade
Ativação geral	Caminhar	5'	-----	Estimular os sistemas músculo-esquelético e cardiorrespiratório	Os clientes devem caminhar pelo ginásio, ao ritmo que quiserem.
	Subir e descer escadas	5'	-----		Os clientes devem subir as escadas e descer a rampa, realizando posteriormente o percurso inverso.
Desenvolvimento	Atividades de mobilidade articular	10'	-----	Desenvolver a capacidade de mobilidade articular	Os clientes em roda devem realizar as seguintes atividades: flexão e extensão frontal da cabeça; flexão e extensão lateral da cabeça; rotação da cabeça; elevação dos ombros; flexão e extensão da mão; movimentos circulares com os ombros; movimentos circulares com a mão; elevação dos braços, em extensão, por cima da cabeça; extensão lateral dos braços; flexão do tronco; rotação externa da coxa; flexão da perna; e rotação do pé.
	Atividades de capacidade física e funcional	12'	Banco Sueco	Desenvolver a amplitude articular e a força muscular	Os clientes, sentados no banco sueco, devem realizar as seguintes tarefas: flexão da perna; adução e abdução da coxa; adução e abdução da coxa com adução e abdução dos braços; fletir os joelhos, encostando-os ao peito, alternadamente; tocar nos pés, com as pernas em extensão; rodar a cabeça e o tronco o mais possível para um lado e depois para o outro; executar o gesto de pentear com uma mão e depois com outra; flexão dos braços por cima da cabeça, tentando chegar ao teto.
	Atividades de equilíbrio	5'	-----	Desenvolver a capacidade de equilíbrio	Os clientes, em posição bípede, com as mãos apoiadas na parede, devem realizar as seguintes atividades: abdução alternada das pernas; alternadamente, elevar e fletir as pernas até ao nível da cintura pélvica; alternadamente, puxar os calcânhares aos glúteos; em simultâneo, elevar e baixar os calcânhares; alternadamente, elevar e baixar os calcânhares; e ficar na posição de pé-coxinho.
Retorno à Calma/Relaxação	Atividades de relaxação ativa e passiva	8'	Banco Sueco	Desenvolver a capacidade de retorno à calma, através de alongamentos	Os clientes, sentados no banco sueco, devem executar a seguinte instrução: fletir e estender os dedos dos pés e das mãos; levantar os calcânhares e pousá-los; esfregar as mãos (juntas) até sentir as palmas das mãos quentes; colocá-las calmamente sobre os olhos; abrir os olhos; sentir... o calor; retirar as mãos; esticar... os dedos das mãos e rodar os ombros; levar lentamente; espreguiçar... andar.
	Diálogo Final	5'	-----	Desenvolver a capacidade de rechaça de informação, de autoavaliação e de autoconceito	Cada cliente deve descrever algumas das atividades que realizou e fazer a sua avaliação da sessão, enumerando as atividades em que teve mais dificuldades.

Tabela 15 - Sessão-tipo do Programa de Intervenção em Atividade Motora Adaptada da 3ª semana

Programa de Intervenção em Atividade Motora Adaptada					
Nº de Clientes: 7			Data: janeiro, fevereiro, março, abril		Local: Ginásio
Duração: 50 min		Periocidade: 1x semana		Sem: 3ª	Orientação da sessão: JR
Atividade		Tempo	Material	Objetivos	Descrição da Atividade
Ativação geral	Caminhar	5'	-----	- Estimular os sistemas músculo-esquelético e cardiorrespiratório	Os clientes devem caminhar pelo ginásio, ao ritmo que quiserem.
	Subir e descer escadas	5'	-----		Os clientes devem subir as escadas e descer a rampa, realizando posteriormente o percurso inverso.
Desenvolvimento	Atividades de mobilidade articular	10'	Colchão	- Desenvolver a capacidade de mobilidade articular	Os clientes, deitados num colchão, devem realizar as seguintes tarefas: flexão e extensão da mão, flexão e extensão do antebraço, flexão e extensão do braço, flexão e extensão do pé flexão e extensão da perna e rotação externa e interna da coxa.
	Atividades de capacidade física e funcional	12'	Banco Sueco Bola (normal e de anti-stress)	- Desenvolver a amplitude articular e a força muscular	Os clientes, sentados no banco sueco, devem realizar as seguintes atividades: com a bola na planta dos pés, executar rotações, com um pé e depois com o outro; apertar uma bola com os pés e posteriormente com os joelhos; com a bola presa nos joelhos, tentar tocar com esta no peito; apertar a bola com uma mão e depois com a outra; balancear os braços com uma bola em cada mão; flexão e extensão do antebraço com uma bola em cada mão; flexão, extensão, adução e abdução do braço, com uma bola em cada mão; lateralmente, tocar com a bola no chão.
	Atividades de equilíbrio	5'	Arcos Bastões Plataforma instável	- Desenvolver a capacidade de equilíbrio	Os clientes devem realizar o seguinte percurso: andar em linha reta; saltar a pés juntos para dentro dos arcos; saltar por cima dos bastões ao pé-coxinho; rodar a cabeça dentro de um arco; e subir e permanecer 10 segundos numa plataforma instável.
Retorno à Calma/Relaxação	Atividades de relaxação ativa e passiva	8'	-----	- Desenvolver a capacidade de retorno à calma	Os clientes, em posição bípede, devem realizar as seguintes tarefas: entrelaçar os dedos e colocar as palmas das mãos viradas para a frente, realizando a extensão dos braços; entrelaçar os dedos e colocar as palmas das mãos acima da cabeça, realizando extensão dos braços; entrelaçar os dedos e colocar as palmas das mãos viradas para cima, elevar os braços acima da cabeça e inclinar o corpo para a direita e depois para a esquerda; colocar os dedos da mão direita no ombro direito e com a mão esquerda elevar o cotovelo, posteriormente com o outro braço; e apoiar a mão direita no tricípete branquial e pressionar o braço esquerdo em direção ao peito e depois com o outro braço.
	Diálogo Final	5'	-----	- Desenvolver a capacidade de rechaça de informação, de autoavaliação e de autoconceito	Cada cliente deve descrever algumas das atividades que realizou e fazer a sua avaliação da sessão, enumerando as atividades em que teve mais dificuldades.

**Tabela 16 - Sessão-tipo do Programa de Intervenção em Atividade Motora Adaptada da 4ª semana**

Programa de Intervenção em Atividade Motora Adaptada					
Nº de Clientes: 7			Data: janeiro, fevereiro, março, abril		Local: Ginásio
Duração: 50 min		Períodicidade: 1x semana		Sem: 4ª	Orientação da sessão: JR
Atividade		Tempo	Material	Objetivos	Descrição da Atividade
Ativação geral	Caminhar	5'	-----	- Estimular os sistemas músculo-esquelético e cardiorrespiratório	Os clientes devem caminhar pelo ginásio, ao ritmo que quiserem.
	Subir e descer escadas	5'	-----		Os clientes devem subir as escadas e descer a rampa, realizando posteriormente o percurso inverso.
Desenvolvimento	Atividades de mobilidade articular	10'	-----	- Desenvolver a capacidade de mobilidade articular	Os clientes devem caminhar pelo ginásio e à medida que recebem a instrução, devem imitar as seguintes tarefas: abrir e fechar as duas mãos em simultâneo; rodar a mão do lado direito e depois o lado esquerdo; elevar e baixar os dois ombros em simultâneo; rodar os dois ombros para a frente e para trás em simultâneo; elevar os braços em simultâneo, em flexão, por cima da cabeça; flexão da coxa ao nível da cintura pélvica; fletir as pernas até a mobilidade articular permitir; fletir o tronco para a direita e depois para a esquerda; elevar e baixar os calcanhares em simultâneo.
	Atividades de capacidade física e funcional	12'	Bola de 1kg	- Desenvolver a amplitude articular e a força muscular	Os cliente, em roda, devem passar uma bola de 1kg ao colega do lado, realizando à priori as seguintes tarefas: tocar com a bola no pé direito, tocar com a bola no pé esquerdo, tocar com a bola no joelho direito, tocar com a bola no joelho esquerdo, tocar com a bola na barriga, tocar com a bola no ombro direito, tocar com a bola no ombro esquerdo, tocar na bola com a cabeça, tentar tocar com a bola no teto, realizar extensão dos braços e rodar lateralmente o tronco.
	Atividades de equilíbrio	5'	Pandeireta	- Desenvolver a capacidade de equilíbrio	Os clientes devem caminhar pelo ginásio, ao som de uma pandeireta, quando esta para devem executar as tarefas seguintes: permanecer imóvel de olhos abertos com as pernas afastadas e posteriormente, com os pés juntos; permanecer imóvel com os olhos fechados; e permanecer num só apoio.
Retorno à Calma/Relaxação	Atividades de relaxação ativa e passiva	8'	Colchão	- Desenvolver a capacidade de retorno à calma, através de alongamentos	Os clientes, deitados no colchão, devem realizar as seguintes tarefas: fechar as mãos e apertar os braços contra o troco, libertando posteriormente; levantar os ombros até às orelhas e depois baixar; virar o pescoço para a direita e para a esquerda; fechar os olhos com força e depois abrir lentamente; pressionar os pés contra o colchão, voltando posteriormente à posição de extensão; retroversão da bacia; apertar os joelhos e as coxas uma contra a outra e depois descontraír.
	Diálogo Final	5'	-----	Desenvolver a capacidade de rechama de informação, de autoavaliação e de autoconceito	Cada cliente deve descrever algumas das atividades que realizou e fazer a sua avaliação da sessão, enumerando as atividades em que teve mais dificuldades.

### 9.3. Apresentação dos resultados

Após a introdução dos dados, e dada a não normalidade da distribuição, a não homogeneidade das variâncias ( $p < .05$ ) e ao número reduzido dos participantes optaram-se pelas técnicas não paramétricas, iniciando-se pela estatística descritiva e inferencial nos vários momentos de avaliação, para em seguida, se proceder à análise de existência de diferenças estatísticas significativas, nos três momentos de avaliação (baseline =AvB, após a intervenção/final=AvF, e um mês após o término da intervenção/retenção=AvR). Para este efeito foi realizado o teste de Friedman para a comparação do grupo nos três momentos diferentes que, e dados os valores encontrados indicadores da existência de diferenças significativas ( $p < .05$ ) levou à análise pelo teste de Wilcoxon (tabela 17).

De forma geral, é possível constatar a melhoria das competências avaliadas entre as duas primeiras avaliações. Existem diferenças significativas e todas positivas, entre a avaliação de baseline e avaliação final, em quase todos os itens.

**Tabela 17** - Valores da Estatística Descritiva obtidos pelo grupo nos momentos de Avaliação: Baseline (AvB), Final (AvF) e Retenção (AvR).

Itens	Grupo				
	AvB	AvF	AvB vs AvF	AvR	AvF vs AvR
	X ± sd	X ± sd	$p$	X ± sd	$p$
Item 1: Nível de Eutonia	1.14 ± 0.38	2.14 ± 1.07	.03	1.86 ± 0.69	.32
Item 2: Noção do Corpo	3.57 ± 0.61	4.00 ± 0.00	.11	4.00 ± 0.00	1.00
Item 3: Mobilização Passiva do Membro Superior	2.50 ± 0.58	3.29 ± 0.76	.03	3.57 ± 0.53	.16
Item 4: Mobilização Ativa do Membro Superior	3.36 ± 0.94	4.00 ± 0.00	.10	4.00 ± 0.00	1.00
Item 5: Mobilização Passiva do Membro Inferior	2.21 ± 0.27	2.86 ± 0.38	.02	3.00 ± 0.58	.32
Item 6: Mobilização Ativa do Membro Inferior	2.43 ± 0.79	3.00 ± 0.58	.02	3.00 ± 0.58	1.00
Item 7: Levantar e sentar na cadeira	3.57 ± 0.61	4.00 ± 0.00	.11	4.00 ± 0.00	1.00
Item 8: Flexão do Antebraço	3.64 ± 0.63	4.00 ± 0.00	.18	4.00 ± 0.00	1.00
Item 9: Sentado, caminha e sentar	3.79 ± 0.27	4.00 ± 0.00	.08	4.00 ± 0.00	1.00
Item 10: Sobe e desce escada	3.43 ± 0.53	3.71 ± 0.49	.15	3.71 ± 0.49	1.00
Item 11: Permanecer de olhos fechados com os pés juntos	3.79 ± 0.40	3.86 ± 0.38	.32	3.86 ± 0.38	1.00
Item 12: Dar 10 passos em linha reta	2.07 ± 0.53	2.57 ± 0.53	.04	2.57 ± 0.79	1.00
Item 13: Equilíbrio sobre um apoio	1.07 ± 0.19	1.71 ± 0.49	.03	1.71 ± 0.49	1.00
Item 14: Saltar a pés juntos	2.57 ± 0.98	3.43 ± 0.79	.06	3.29 ± 0.95	.32
Item 15: Marcha c/ rotação simultânea da cabeça	1.43 ± 0.45	1.86 ± 0.69	.06	1.86 ± 0.69	1.00
Item 16: Manutenção da atenção	3.00 ± 1.04	3.43 ± 0.79	.06	3.57 ± 0.53	.32
Item 17: Dificuldade em manter-se na tarefa	3.29 ± 0.70	3.57 ± 0.53	.10	3.57 ± 0.53	1.00
Item 18: Memória imediata	3.43 ± 0.93	3.86 ± 0.38	.29	3.71 ± 0.49	.32
Item 19: Fraca tolerância à frustração	3.57 ± 0.53	3.86 ± 0.38	.16	4.00 ± 0.00	.32
Item 20: Alterações de humor	3.86 ± 0.38	4.00 ± 0.00	.32	4.00 ± 0.00	1.00
Item 21: Consciencialização das capacidades	2.79 ± 0.95	3.29 ± 0.49	.06	3.43 ± 0.53	.32

$p < .05$

Tal como seria expectável, não se verificaram diferenças significativas entre a AvF versus a AvR, que corresponde a uma pausa de 4 semanas de intervenção, uma vez que os clientes continuaram a usufruir de outros serviços técnicos na instituição, tendo ocorrido um ligeiro decréscimo em alguns itens tal como se observa na tabela 17.

#### **9.4. Discussão dos resultados**

Este estudo centra-se na análise do contributo de um programa de AMA na capacidade funcional de indivíduos com DID acima dos 40 anos de idade, dado a necessidade de procurar novos serviços e respostas para este “novo” grupo populacional, ao nível da intervenção, em contexto institucional.

Em termos psicomotores item da noção do corpo era o menos afetado aquando da avaliação baseline, tendo apresentado uma melhoria, em termos gerais, na avaliação final, mantendo-se inalterado na avaliação de retenção, possivelmente devido ao facto de ter sido trabalhada em todas as sessões (Matsudo, 1997), sendo importante neste grupo populacional a prática de atividade física para melhorar o autoconceito (Carmel et al., 2005), a auto-estima e imagem corporal (Matsudo, 1997). O item da tonicidade foi o que apresentou uma mudança mais significativa após a intervenção, apesar das ainda visíveis dificuldades a este nível (Juhel, 2010), que afetam o ciclo muscular alongamento-encurtamento, perturbando o controlo motor. Apesar da ligeira descida de valores médios na avaliação de retenção, os exercícios de alongamentos realizados ao longo do programa de intervenção, podem ter ajudado a uma reorganização tónica e de controlo motor estimulando o aumento de força muscular e flexibilidade, a diminuição das dores articulares e a melhoria na qualidade das mobilizações, podendo contribuir para uma melhoria ao nível tónico (Ueno, 1999), para a diminuição dos problemas posturais e redução da sensação de dor (Araújo, 2011), que acontece no envelhecimento normal e que pelos resultados apontados, é possível extrapolar para o envelhecimento na DID.

Ao nível físico e funcional as melhorias mais acentuadas, após a intervenção, ocorreram ao nível das mobilizações passivas e ativas, levantar e sentar na cadeira e na flexão e extensão do antebraço, corroborando Correia et al. (2006), que indicam que o treino de força, no caso do envelhecimento normal, é uma boa alternativa para travar a perda da capacidade funcional. Ao nível dos itens de mobilizações passivas e ativas, o trabalho desenvolvido neste programa, centrou-se na realização de diversas tarefas que implicavam a mobilização ativa de diversos segmentos corporais, em decúbito dorsal, na posição de sentado e na posição bípede estática (parado em roda) e dinâmica (caminhada). Estas melhorias ao nível das mobilizações ativas e passivas, permitem uma

maior amplitude articular e na execução dos movimentos do dia-a-dia, o que parece estar de acordo com as evidências na literatura (e.g., Araújo, 2011; Carmeli et al., 2005), respeitando o plano anatômico e funcional mais estável e o número prolongado de repetições em cada atividade (Pascoal e Oliveira, 2006).

Os itens de levantar e sentar na cadeira e flexão do antebraço, eram trabalhados através de tarefas de força muscular, em atividades de flexão/extensão, adução/abdução e rotação, que implicavam o acréscimo de um peso (e.g., sacos de areia e bola de 1kg) ou a compressão de uma bola normal ou de anti-stress. Deste modo, a prática de atividades com a realização de diversas tarefas, em roda, com uma bola de 1kg, pode ter influenciado o aumento da flexibilidade e força dos membros superiores e inferiores, indo ao encontro de vários autores (e.g.: Lotan et al., 2004; Marin et al., 2003; Tamin et al., 2015). Os itens de sentado, caminhar e voltar a sentar e sobe e desce escadas eram desenvolvidos nas atividades de aquecimento, com caminhadas em rampa e subida/descida de escadas, importantes também ao nível do equilíbrio (e.g., Jankowicz-Szymanska et al., 2012) e importantes ao nível da resistência muscular e cardiorrespiratória (Tamin et al., 2015). Na avaliação de retenção, não houve nesta dimensão, nenhum decréscimo de valores, podendo esta questão dever-se, possivelmente, à existência de tarefas diárias que possam trabalhar alguns destes itens (e.g.: subir e descer escadas na instituição, deslocamentos nesta) e a existência de outros serviços e apoios disponíveis para os clientes (e.g.: fisioterapia, terapia ocupacional), que apesar de não participarem no programa continuaram a realizar outras atividades.

No equilíbrio, as principais evoluções após a avaliação final, ocorreram nas tarefas de saltar a pés juntos, equilibrar sobre um apoio e dar 10 passos em linha reta, podendo estas melhorias ser justificadas pela prática de atividade física, melhorando o fortalecimento muscular e equilíbrio (Carmeli et al., 2005; Jankowicz-Szymanska et al., 2012; Matsudo, 2009).

Ao longo deste estudo, realizaram-se atividades de circuitos de equilíbrio e posições de equilíbrio estático, tais como: andar em linha reta, saltar a pés juntos para dentro de arcos, permanecer em pé-coxinho, rodar a cabeça dentro de um arco e subir e permanecer 10 segundos numa plataforma instável. Estas atividades ao implicarem tarefas de posições de equilíbrio e exercícios em superfícies instáveis podem ter contribuído para a potencialização do equilíbrio estático e dinâmico (e.g.: caminhada), indo ao encontro de Jankowicz-Szymanska et al., 2012). Na avaliação de retenção ocorreu um decréscimo no item de saltar a pés juntos e uma manutenção das restantes

competências, o que seria expectável, uma vez que estas tarefas fazem parte do dia-a-dia dos clientes da instituição, que realizam percursos, em que têm de caminhar e subir e descer escadas.

No que toca aos restantes itens e na avaliação inicial foi ainda possível verificar dificuldades na capacidade de concentração e memória, bem como da atenção e manutenção da tarefa (Juhel, 2010; Richards, et al., 2015) e na capacidade de expressão verbal (Peirats e Burgos, 2010). Todos os itens, do 16 ao 21, foram analisados ao longo de todas as sessões no decorrer das tarefas (manutenção da atenção, dificuldade em manter-se na tarefa, memória imediata, fraca tolerância à frustração e alterações de humor) e na conversa final realizada após cada sessão (consciencialização das capacidades). Estas dificuldades mantiveram-se apesar de ligeiras melhorias na manutenção da atenção, na memória imediata e na consciencialização das capacidades, após a intervenção. Estas melhorias podem ter-se devido ao facto de que quando as atividades motoras são dirigidas e sequenciais existe um melhor desempenho das funções executivas (Moreira et al., 2010), que podem ser avaliadas através de alguns dos comportamentos avaliados nesta Checklist. Na avaliação de retenção, existiu um decréscimo na memória imediata e um aumento na manutenção da atenção, fraca tolerância à frustração e consciencialização das capacidades, que aumentaram ligeiramente, podendo este facto dever-se à avaliação se estar a realizar pela quarta vez, existindo *a priori* uma noção das suas capacidades e limitações na execução das tarefas avaliadas.

## **9.5. Conclusão**

Os benefícios da prática de atividade física para a população em geral parecem estar assente em evidências científicas, apesar do ainda desconhecimento no âmbito das populações com necessidades de apoios (Rimmer, Chen, McCubbin, Drum e Peterson, 2010), e da escassez de programas e linhas de orientação para subgrupos específicos (Drum et al., 2009), questionando-se se poderá, mesmo, atuar como um método reabilitativo (Yen, Lin, Wu e Hu, 2012).

De acordo com os resultados obtidos, parece inferir-se os benefícios da intervenção em atividade motora, ao nível da capacidade funcional, de gerontes com DID, tendo-se observado uma melhoria funcional na maioria das habilidades avaliadas, que se manteve mesmo após o término da intervenção, possivelmente explicadas por outros apoios e atividades que se mantiveram constantes na instituição.

Os resultados obtidos parecem reforçar a ideia de que com um perfil de apoios adequado e personalizado, as dificuldades serão minimizadas contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida (Luckasson et al., 2002; Thompson et al., 2004), e assumindo-se como um indicador da qualidade dos apoios prestados pelas próprias instituições. Do que nos foi possível constatar, este é um dos estudos pioneiros no âmbito do “mais recente subgrupo populacional” em Portugal – idosos com DID, inserido no novo paradigma face à participação das pessoas com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, recomendando-se um maior investimento na área, não só no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis (Santos, Maldonado e Marques, 2016) e da qualidade de vida (Jardim e Santos, 2016) como também na estimulação do desempenho funcional nas atividades de vida diária (Pinheiro e Santos, 2016) e na prevenção de um envelhecimento precoce.

Desta forma, e como principais limitações poder-se-ão apontar o número reduzido do grupo de estudo, pelo que se realça o cuidado com as conclusões não se podendo generalizar os resultados, bem como a curta duração e frequência do programa de intervenção, pelo que se recomendam mais estudos com grupos de estudo mais representativas e significativas, do ponto de vista das variáveis idade (e.g., para um maior conhecimento sobre o processo de envelhecimento das pessoas com DID), com ou sem diagnósticos duplos (e.g., com ou sem síndromes demenciais ou perturbações do foro da saúde mental), sendo importante realizar um estudo longitudinal deste programa de intervenção e adaptar e validar o instrumento utilizado na investigação.

A aplicação de programas desta natureza poderá vir a ser uma possível resposta, para as instituições ao nível da intervenção, para este grupo populacional, reforçando-se a necessidade de mais investigação na área, para a quantificação da individualização de programas de atividade física (e.g., frequência, intensidade, quantidade e duração do exercício) para subgrupos populacionais (Yen et al., 2012), como os idosos com DID.

## **IV. Conclusão e Reflexão Pessoal**

O presente relatório teve como objetivo apresentar e descrever as experiências vivenciadas ao longo do ano letivo no CTVAA da CERCI Lisboa, mas representa muito mais que isso, sendo o culminar de 5 anos de crescimento pessoal e profissional. Este estágio foi sem dúvida uma das experiências mais enriquecedoras que tive na vida, onde tudo o que aprendi ao longo de 4 anos começou a fazer mais sentido, onde me desafiei constantemente, evolui, persisti e cresci, a cada erro e a cada vitória.

Um estágio representa muito mais que um número elevado de créditos e que uma nota na pauta é uma aprendizagem constante, é um tomar consciência da realidade de uma instituição, das burocracias e do trabalho em equipa, é receber aquilo que nenhum livro, artigo ou aula nos pode dar. Contudo, não é possível dissociar a prática da teoria tendo esta última sido fundamental para o trabalho desenvolvido ao longo do estágio. Na faculdade nós aprendemos as características da DID e o seu impacto no dia-a-dia, mas é na prática que nós percebemos essas características, identificámo-las e percebemos o seu impacto e singularidade, em cada indivíduo.

Desta forma e refletindo sobre esta experiência específica, não é possível não recordar os conhecimentos e conselhos dados pelo professor doutor Pedro Morato e professora doutora Sofia Santos quando se realiza uma observação, avaliação e sessão com indivíduos com DID, ou do professor doutor Marco Ferreira no que se refere ao envelhecimento, ou dos professores doutores Paulo Armada e Gonçalo Mendonça ao nível da fisiologia do movimento, uma vez que estes aspetos teóricos estão presentes nas realidades das instituições e na prática psicomotora em particular.

Um outro conceito que ouvimos muito na faculdade é o trabalho em equipas transdisciplinares, experienciado logo no começo das atividades de estágio, quando tive a oportunidade de observar outras sessões de outros técnicos e uma presença constante durante todo o estágio, sendo possível constatar a preocupação de toda a equipa em proporcionar a melhor intervenção possível aos seus clientes. Desta forma, é muito gratificante ver o trabalho desenvolvido por esta equipa e a sua preocupação em fazer mais e melhor por estes clientes, estando atentos às dificuldades e limitações destes, questionando possíveis alternativas para promover a sua qualidade de serviços, estando ainda atentos ao processo de envelhecimento da sua população e à prática de uma vida ativa e saudável.

Estas vivências, não podem ser descritas sem mencionar duas pessoas que foram fundamentais para a concretização deste estágio, as orientadoras locais, que com

toda a sua experiência, conhecimentos, simpatia, ideias e disponibilidade, permitiram-me sentir à vontade, evoluir e adquirir experiências enriquecedoras, ajudando-me nas minhas dúvidas e inseguranças. Da mesma forma, foram imprescindíveis para a realização das atividades de estágio, a restante equipa técnica, que se demonstrou sempre disponível a ajudar, aconselhar e esclarecer dúvidas, facilitando a minha intervenção e integração na equipa. Outra pessoa fundamental, foi a orientadora académica, que sempre acreditou nas minhas capacidades, desafiando-me e apostando nas minhas ideias e sugestões, ajudando-me de forma incansável a concretizar os meus objetivos.

Neste sentido, as minhas orientadoras locais e académica foram essenciais aquando das minhas dificuldades sentidas ao longo deste ano que foram diversas, tais como: gerir grandes grupos com diferentes dificuldades e limitações, motivar clientes para a sessão evitar distrações, gerir conflito, planificar sessões inovadoras e diferentes entre si e manter os clientes na tarefa e atentos. Todas estas tarefas permitiram-me colocar à prova, melhorar a minha capacidade de resolução de problemas e fazer-me crescer enquanto psicomotricista.

Um outro desafio, que despertou dificuldades mas que se tornou muito enriquecedor, diz respeito ao projeto de investigação, porque ainda se sabe muito pouco sobre a intervenção em indivíduos gerontes com DID, tendo sido um enorme desafio, pensar numa tipologia centrada nestas questões, sendo necessário aliar os conhecimentos teóricos existentes, aos conhecimentos práticos da população com DID e ao impacto que essas limitações provocam no dia-a-dia destes clientes. Deste modo, foi a junção de conhecimentos que, individualmente, não nos dariam a resposta, mas que juntos nos podem levar a uma possível solução, sendo esta a mesma linha de pensamento a ter ao longo de todo o meu percurso profissional. Neste sentido, foi muito gratificante criar um projeto e ver o seu impacto na minha prática profissional, acompanhando a sua evolução e a minha visão crítica sobre o mesmo ao longo do tempo, dando também o meu contributo na busca de uma solução para esta nova realidade profissional, os gerontes com DID.

A par deste projeto, também realizei uma outra investigação direcionada para a acessibilidade do CTVA da CERCI Lisboa, tendo em conta a minha visão, de quem partilha o dia-a-dia com os clientes e que conhece de perto as suas limitações e dificuldades. Esta investigação teve como base a tentativa de caracterizar de forma mais aprofundada o local de estágio, levando a um estudo mais amplo e pormenorizado, que acabou por se tornar aliciante e inovador, encontrando soluções para possíveis melhorias,

que promovem a autonomia e independência dos clientes, através da identificação de barreiras e facilitadores.

Em suma, guardarei esta experiência numa memória feliz e indiscreta porque *“aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós” (Antoine de Saint-Exupéry).*

## 10. Referências

- Abellan, R. e Vicente, R. (2002). Deficiencia mental asociada a síndrome de Down, desarrollo psicomotor, educación física y deportes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5, 77-89.
- Albuquerque, C. (2005). Deficiência mental ligeira: Funcionalidade e transição para a vida pós-escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(2), 89-110.
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade – Jogos Facilitadores da Aprendizagem*. Psicossoma, Viseu.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, DSM-5 (5ª ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s.d.). *Brochura Psicomotricidade – Práticas Profissionais*. Retirado a 19 de novembro de 2016 de: <http://www.appsicomotricidade.pt/binformativa>
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In R. Oscar e C. Paúl (Eds.). *Manual de Envelhecimento Activo* (pp.13-43). Lisboa: Edições Lidel
- Baptista, M. e Sardinha, L. (2005). *Avaliação da Aptidão Física e do Equilíbrio de pessoas idosas: Baterias de Fullerton*. Cruz-Quebrada: FMH Edições.
- Barbosa, B., Almeida, J., Barbosa, M. e Rossi-Barbosa, L. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(8), 3317-3325. doi: 10.1590/1413-81232014198.06322013
- Barnhill, J. e Kartheiser, P. (2007). Motor Skills Disorder. In Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. e First, M. (Eds.). *Diagnostic manual-intellectual disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability* (pp.89-96). NY/USA: National Association for the Dually Diagnosed in association with APA.
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desvio e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp.89-104). Lisboa: FMH
- Biasoli, M. e Machado, C. (2006). Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Revista Brasileira de medicina*, 63, 225-237
- Bildt, A., Sytema, S., Kraijer, D., Sparrow, S. e Minderaa, R. (2005). Adaptive functioning and behaviour problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (9), 672-681. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00711.x/epdf
- Blasi, F., Elia, F., Buono, S., Ramakers, G. e Nuovo, S. (2007). Relationships between visual-motor and cognitive abilities in intellectual disabilities. *Perceptual Motor Skills*, 104 (3Pt1), 763- 772. doi: 10.2466/pms.104.3.763-772
- Bodfish, J. (2009). Stereotypy, Self-Injury and Related Abnormal Repetitive Behaviors. In J., Jacobson, J., Mulick e J., Rojahn (Eds.). *Handbook of intellectual and developmental disabilities*. Issues in clinical child psychology. (pp.481-506).Reino Unido: Springer Science e Business Media, Ld.
- Borthwick-Duffy, S. (1994). Epidemiology and Prevalence of Psychopathology in People with Mental Retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), 17-27. doi: 10.1037/0022-006X.62.1.17

- Borthwick-Duffy, S. (2009). Adaptive Behaviour. In J., Jacobson, J., Mulick e J., Rojahn (Eds.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities. Issues in Clinical Child Psychology* (pp.279-293). NY: Springer.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 53-65
- Brown, I., Parmenter, T. e Percy, M. (2009). Trends and issues in intellectual and developmental disabilities. In I. Brown e M. Percy (Eds.). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 45-57). Portland: Brookes Publishing Co
- 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. doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x
- Burt, B., Primeaux-Hart, S., Loveland K., Cleveland L., Lewis K., Lesser J. e Pearson P. (2005). Aging in Adults with Intellectual Disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 110(4), 268-284. doi: 10.1352/0895-8017(2005)110[268:AIWID]2.0.CO2
- Câmara Municipal de Lisboa. (2016). Piscina Municipal do Casal Vistoso. Retirado a 10 de outubro de 201 de: <http://www.cm-lisboa.pt/equipamentos/equipamento/info/pavilhao-desportivo-do-complexo-desportivo-municipal-casal-vistoso>
- Carmeli, E., Zinger-Vaknin, T., Morad, M. e Merrick, J. (2005). Can physical training have an effect on well-being in adults with mild intellectual disability? *Mechanisms of Ageing and Development*, 126(2), 299-304. doi:10.1016/j.mad.2004.08.021
- Carulla, L., Reed, G., Vaez-Azizi, L., Cooper, S., Leal, R., Bertelli, M., Adnams, C...Saxena, S.(2011). Intellectual developmental disorders towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175-180
- Carvalho, C. (1991). Dificuldades na aprendizagem da natação. *Revista Horizonte*, 44, 51–57.
- CERCI Lisboa (2016a) – CAAAPD. Retirado em 15 de outubro de 2016 de: <http://www.cercilisboa.org.pt/caaapd/>
- CERCI Lisboa (2016b). *Centro de Atividades Ocupacionais*. Retirado em 15 de outubro de 2016 de: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-atividades-ocupacionais/>
- CERCI Lisboa (2016c) – *Centro de Formação Profissional*. Retirado em 15 de outubro de 2016 de: <http://www.cercilisboa.org.pt/superdestaques/centro-de-formacao-profissional/centro-de-formacao-profissional/>
- CERCI Lisboa (2016d). *Centro de Recursos para a Inclusão*. Retirado em 15 de outubro de 2016 de: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-recursos-para-a-inclusao/>
- CERCI Lisboa (2016e). *Condições de Admissão*. Retirado em 16 de outubro de 2016 de: <http://www.cercilisboa.org.pt/criterios-de-elegibilidade/>
- CERCI Lisboa (2016f). *História*. Retirado em 10 de outubro de 2016 de: [file:///C:/Users/jr/Downloads/historico\\_2013\\_WEB.pdf](file:///C:/Users/jr/Downloads/historico_2013_WEB.pdf)
- CERCI Lisboa (2016g). *Intervenção Precoce na Infância*. Retirado em 15 de outubro de 2016 em <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/intervencao-precoce-na-infancia/>

CERCI Lisboa (2016h) – *Lar Residencial*. Retirado em 15 de outubro de 2016 de: <http://www.cercilisboa.org.pt/lar-residencial/>

CERCI Lisboa (2016i). *Organograma Funcional*. Retirado em 13 de outubro de 2016 de: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/organograma-funcional/>

CERCI Lisboa (2016j). *Plano de Atividades e Orçamento*. Retirado em 13 de outubro de 2016 do placard da receção da CERCI Lisboa (documento não publicado).

CERCI Lisboa (2016k). *Política de Qualidade*. Retirado em 10 de outubro de 2016 de: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/politicas-organizacionais/>

CERCI Lisboa (2016l). *Quem Somos*. Retirado em 10 de outubro de 2016 de: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/>

CERCI Lisboa (2016m). *Respostas Sociais e Serviços*. Retirado em 10 de outubro de 2016 de: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/>

Chiba, Y., Shimada, A., Yoshida, F., Keino, H., Hasegawa, M., Ikari, H., Miyake, S. e Hosokawa, M. (2009). Risk of fall for individuals with intellectual disability. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(4), 225-236. doi: 10.1352/1944-7558-114.4:225–236

Colomina, R., Sánchez, J., Valdivielso, F. Ortiz, E. e Contreras, G. (2007). New trends in adapted swimming. *Proyecto de Creación de Red Temática “Swimming Science” [DEP2006-56004/ACTI]*. Retirado de: <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/211692>

Coppus, A. (2013). People with intellectual disability: what do we know about adulthood and life expectancy? *Developmental Disabilities Research Reviews*, 18, 6-16. doi: 10.1002/ddrr.1123

Costa, J. (2003). Psicomotricidade Relacional. *A Psicomotricidade*, 1(1), 42-46.

Costa, J. (2005). Dinâmica de Grupo em Psicomotricidade de base relacional. In M. Vidigal (Eds.). *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes* (pp. 277-298). Lisboa: Trilhos Editora.

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

Correia, A. (2009). *A escrita e a leitura na Trissomia 21 – um estudo de caso*. Trabalho realizado para a unidade curricular de seminário de projeto. Escola Superior de Paula Frassinetti. Pós Graduação em Educação Especial. Porto (documento não publicado).

Correia, P., Mil Homens, P., Silva, A. e Espanha, M. (2006). Função neuromuscular no idoso: a importância do treino de força. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.). *Atividade Física e Envelhecimento* (pp.135-153). Cruz Quebrada: Edições FMH.

Cox, C., Clemson, L., Stancliffe, R., Durvasla, S. e Sherrington, C. (2010). Incidence of and risk factors for falls among adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(12), 1045-1057. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01333.x

Crocker, A., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. e Roy, M. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(9), 652-661. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x/epdf

- Danielsson, J., Henry, L., Messer, D. e Rönnberg, J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 600-607. doi:10.1016/j.ridd.2011.11.004
- Doka, K. e Lavin, C. (2003). The paradox of ageing with developmental disabilities: Increasing needs, declining resources. *Ageing International*, 28(2), 135-154. doi: 10.1007/s12126-003-1021-9
- Decreto-Lei n.º 3/2008. Ministério da Educação. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 4 – 7 de janeiro de 2008, 154-164.
- Departamento de Gestão da Qualidade (2013). *Políticas Organizacionais – Manual de Políticas da CERC*. Retirado em 29 de outubro de 2016 de <http://www.cercilisboa.org.pt/>
- Drum, C., Peterson, J., Culley, C., Krahn, G., Heller T., Kimpton, T., ... e White, G. (2009). Guidelines and criteria for the implementation of community-based health promotion programs for individuals with disabilities. *American Journal of Health Promotion*, 24(2), 93-101. doi: 10.4278/ajhp.090303-CIT-94
- Enkellar, L., Smulders, E., Lantman-de Valk, S., Weerdesteyn, V e Geurts, A. (2013). Prospective study on risk factors for falling in elderly persons with mild to moderate intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3754–3765. doi:10.1016/j.ridd.2013.07.041
- EQUASS. (2017). *Apresentação e Estratégia para Implementação em Portugal*. Retirado em 24 de abril de 2017 de: [http://www.poph.qren.pt/upload/docs/eixos/6\\_4\\_EQUASS.pdf](http://www.poph.qren.pt/upload/docs/eixos/6_4_EQUASS.pdf)
- Espanha, M. e Pais, S. (2006). Exercício e osteoartrose. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp.175-195). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Evenhuis, H., Hermans, H., Hilgenkamp, T, Bastiaanse, L. e Echteld, M. (2012). Frailty and disability in older adults with intellectual disabilities: Results from the healthy ageing and intellectual disability study. *Intellectual Disability and Frailty*, 60(5), 934-938. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03925.x
- FENACERCI. (n/d). *Historial*. Retirado em 10 de outubro de 2016 de: <http://www.fenacerci.pt/web/fenacerci/historial.html>
- Fiúza, R., Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2013). Aspectos Psicomotores em Geriatria. *A Psicomotricidade*, 16, 15-35.
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 3/4, 125-140.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - significação psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2012). *Terapia Psicomotora: Estudos de Caso – Da Caracterização à Intervenção*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: FMH Edições.

Fowler, A. (1998). Language in mental retardation: Associations with and dissociations from general cognition. In J. Burack, R. Hodapp e E. Zigler (Eds). *Handbook of Mental Retardation and Development*. (pp.290-333). USA: Cambridge University Press.

Garcia, R. (2005). *Terapia Psicomotora Infantil: casos de los 3 a los 11 años*. (1ª ed.). Madrid: Psicología y Psicomotricidad.

Hale, L., Bray, A. e Littmann, A. (2007). Assessing the balance capabilities of people with profound intellectual disabilities who have experienced a fall. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 260-268. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00873.x

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

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

Haveman, M., Heler, T., Lee, L., Maaskant, M., Shoostari, S. e Strydom, A. (2009). *Report on the state of science on health risks and ageing in people with intellectual disabilities*. IASSID Special Interest Research Group on Ageing and Intellectual Disabilities. Faculty Rehabilitation Sciences - University of Dortmund. Retirado a 23 de março de 2017 de: <https://www.iassidd.org/uploads/legacy/images/documents/Agging/haveman%20et%20al%20state%20of%20the%20science.pdf>

Heiman T. (2000) Friendship quality among children in three educational settings. *Journal of Intellectual e Developmental Disability*, 25(1), 1-12. doi:10.1080/132697800112749

Hölter, G. (2004). Psicomotricidade e psicoterapia: semelhanças e diferenças. *A Psicomotricidade*, 3, 105-115.

Instituto Nacional de Estatística (2001). *Censos 2001: Análise de População com Deficiência*. Destaque INE. Retirado a 14 de dezembro de 2016 de: [http://www.novamente.pt/wpcontent/uploads/estatisticas/novamente\\_estatisticas\\_Censos\\_2001\\_populacao\\_deficiencia.pdf](http://www.novamente.pt/wpcontent/uploads/estatisticas/novamente_estatisticas_Censos_2001_populacao_deficiencia.pdf)

Jacobson, J. W., Mullick, J. A., e Rojahn, J. (2007). *Handbook of intellectual and developmental disabilities : Issues in clinical child psychology*. New York: Spring Science.

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, 675-681. doi: 10.1016/j.ridd.2011.11.015

Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a psychomotor intervention in water in the quality of life of adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of novel physiotherapy and physical rehabilitation*. 3(1): 53-60. doi: 10.17352/2455-5487.000036

Juhel, J. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*, (1ª Ed.). Québec: PUL et Chronique Sociale.

Kasari, C. e Bauminger, N. (1998). Social and emotion development in children with mental retardation. In J. Burack., R. Hodapp, e E. Zigler. (Eds.). *Handbook of mental retardation and development* (pp. 411-433). Cambridge: Cambridge University Press.

Lotan, M., Isakov, E., Kessel, S. e Merrick, J. (2004). Physical fitness and functional ability of children with intellectual disability: Effects of a short-term daily treadmill intervention. *The Scientific World Journal*, 4, 449–457. doi: 10.1100/tsw.2004.97

- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., ... e Tassé, M. (2002). *Mental retardation: Definitions, classification and systems of supports*. (10<sup>th</sup> Edition). Washington: AAMR.
- Marin, R., Matsudo, S., Matsudo, V., Andrede, E. e Braggion, G. (2003). Acréscimo de 1kg aos exercícios praticados por mulheres acima de 50 anos: Impacto na aptidão física e capacidade funcional. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento*, 11(1), 53-58.
- Matias, A. (2005). Terapia psicomotora em meio aquático. *A Psicomotricidade*, 5, 68-76.
- Matsudo, S. (1997). Envelhecimento e atividade física. In F. Meneses e Y. Palankof (Eds). *Atividades físicas para a terceira idade* (pp. 23-36). Brasil: Edições SESI.
- Matsudo, S. (2009). Envelhecimento, atividade física e saúde. *Envelhecimento e Saúde*, 47, 76-79.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade: As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. da Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*, 29-40. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Martins, R. e Rosa, R. (2005). Grupo de crianças e pré-adolescentes com perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção: Crianças hiperactivas com défice de atenção (PHDA). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar* (1<sup>a</sup> Edição), 173-214. Lisboa: Trilhos Editora.
- Mckenzie, J. (2013). Models of intellectual disability: Towards a perspective of (poss)ability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(4), 370–379. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01547.x
- Moniz, I. (2007). *Modelo de Avaliação da Qualidade de Centro de Actividades Ocupacionais*. União Europeia Fundo Social Europeu, Governo da República Portuguesa, QCA III, Segurança Social, Instituto de Segurança Social.
- Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2012). *Exame Geronto-Psicomotor*. Manual de Aplicação Provisório (documento não publicado).
- Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2016). Psychometric properties of the Portuguese version of the Examen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). *Educational Gerontology*, 42(7), 516-527.
- 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.
- Moreira, A., Malloy-Diniz L., Correa, H. e Lage, G. (2010). Atividade física e desempenho em tarefas de funções executivas em idosos saudáveis: Dados preliminares. *Revista Psiquiatria Clínica*, 37(3), 109-112. doi: 10.1590/S0101-60832010000300003
- Moreira, S. (2004). Actividade Física Adaptada. *Revista Diversidades*, 2(4), 11.
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2006). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Doc. A/61/611, Nova Iorque, 13 dez.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Classificação Internacional de Funcionalidade*. Lisboa: Direcção-geral da Saúde.
- Oppewal, A., Hilgenkamp, T., Wijck, R. e Evenhuis, H. (2013). Feasibility and outcomes of the Berg Balance Scale in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2743–2752. doi:10.1016/j.ridd.2013.05.040

- Pascoal, A. e Oliveira, R. (2006). Princípios de proteção articular na atividade quotidiana do idoso. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp.171-174). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Pedrinelli, A., Garcez-Leme, L. e Nobre, R. (2009). O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 44(2), 96-101.
- Peirats, E. e Burgos, E. (2010). *Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI*. Tema: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual – FEAPS.
- Peralta, A., Neto, S. e Marques, S. (2013). *(Des) Envelhecer com Qualidade*. Lisboa: Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social.
- Pennington, B. F. e Bennetto, L. (1998). Toward a neuropsychology of mental retardation. In Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (Eds.). *Handbook of Mental retardation and Development* (pp.80-114). USA: Cambridge University Press.
- Percy, M., Lewkis, S. e Brown, I. (2009). Introduction to genetics development. In Brown, I. e Percy, M. (Eds.). *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (87-108). Portland: Brookes Publishing Co
- Pinheiro, A. e Santos, S. (no prelo). Envelhecimento Psicomotor das pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*.
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, 45-49.
- Polícia de Segurança Pública. (s.d.) – *Programa Estou Aqui Adultos*. Retirado em 2 de abril de 2017 de: <https://estouaquiadultos.mai.gov.pt/Pages/Home.htm>
- RACP (2016). *Regulamento de Estágio - Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP)*. Faculdade de Motricidade Humana (documento não publicado)
- Ramos, J., Sousa, E., Estevens, M., Duarte, F. e Santos, S. (no prelo). A acessibilidade na visão do psicomotricista em contexto institucional: CERCI Lisboa. *A Psicomotricidade*.
- Raynaud, J-P., Danner, C. e Inigo, J-P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, differences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 113-119. doi: 10.1016/j.neurenf.2007.02.002
- Ribeiro, M. (1996). *A comunicação na Deficiência Mental Profunda*. Coleção Humanidades. Braga: Edições AAPACDM Distrital de Braga.
- Richards, S., Brady, M., e Taylor, R. (2015). *Cognitive and Intellectual Disabilities*. New York: Routledge.
- Rimmer, J., Chen, M.-D., McCubbin, J., Drum, C. e Peterson, J. (2010). Exercise intervention research on persons with disabilities. What we know and where we need to go. *American Journal of Physical Medicine e Rehabilitation*, 89(3), 249-263. doi : 10.1097/PHM.0b013e3181c9fa9d
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 114-119. doi: 10.1016/j.amp.2007.12.021
- Roque, C. e Santos, S. (2010). Comportamento adaptativo na dificuldade intelectual e desenvolvimental: Novas terminologias e desenvolvimento de competências. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 17, 59-77.

Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21.

Sano, M., Aisen, P., Dalton, A., Andrews, H., Tsai, W., International Down Syndrome e Alzheimer's Disease Consortium (2005). Assessment of aging individuals with down syndrome in clinical trials: Results of baseline measures. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2(2), 126-138. doi: 10.1111/j.1741-1130.2005.00021.x

Santos, S. (2010). A DID (Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental) na atualidade... *Revista Educação Inclusiva*, 1(2), 1-15.

Santos, S. (2014). Adaptive behaviour on the portuguese curricula: A comparison between children and adolescents with and without intellectual disability. *Creative Education*, 5(7), 501-509. doi:10.4236/ce.2014.57059

Santos, S. e Gomes, F. (2016). A Educação das crianças com Dificuldade Intelectuais e Desenvolvidamentais vs. a Convenção dos Direitos da Criança. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16 (1), 51-54. doi: 10.1111/1471-3802.12268

Santos, S., Maldonado, I. e Marques, A. (2016). Atividade Física na Spina Bífida. *Journal of Research in Special Education Needs*, 16(1), 216-220. doi: 10.1111/1471-3802-122284

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

Santos, S. & Morato, P. (2004). Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP) – fichas de registo (documento não publicado).

Santos, S., 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). A Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa como um instrumento fundamental na avaliação da Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental. In E. Mendes e M. Almeida (Orgs). *Dimensões Pedagógicas nas Práticas de Inclusão Escolar* (Coleção Inclusão Escolar, 2, pp. 197-214). Marília, Brasil: Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial.

Santos, S. e Morato, P. (2012c). A Escala de Comportamento Adaptativo: Versão Portuguesa. In S. Santos e P. Morato (Eds.). *Comportamento Adaptativo Dez anos depois* (pp.83-100). Cruz Quebrada: Edições FMH.

Santos, S. e Morato, P. (2012d). Estudo comparativo do comportamento adaptativo da população portuguesa com e sem dificuldade intelectual e desenvolvimental. In S. Santos e P. Morato (Eds.). *Comportamento Adaptativo Dez anos depois* (pp.101-120). Cruz Quebrada: Edições FMH.

Santos, S. e Morato, P. (2012e). O Comportamento Adaptativo em Portugal. In S. Santos e P. Morato (Eds.). *Comportamento Adaptativo Dez anos depois* (pp.19-34). Cruz Quebrada: Edições FMH.

Santos, S., Morato, P. e Luckasson, R. (2014). Psychometric properties of the portuguese version of the adaptative behavior scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(5), 379-387. doi: 10.1352/1934-9556-52.5.379

Santos, S. e Santos, S. (2007). Comportamento adaptativo e qualidade de vida nas crianças com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 4(14), 57-67.

- Sartawi, A., AlMuhairy, O. e Abdat, R. (2011). Behavioral Problems among Students with Disabilities in United Arab Emirates. *International Journal for Research in Education*, 29, 1-15.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E. .... e Reeve, A. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11ª Edição) . Washington, D. C: AAIDD.
- Schalock, R. e Luckasson, R. (2004). Definition, classification, and system of supports and Its relation to international trends and issues in the field of intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1(3,4), 136-146. doi: 10.1111/j.1741-1130.2004.04028.x
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., Snell, M.... Yeager, M. (2012). *User's Guide: Intellectual disability: definition, classification and systems of supports* (11ª ed.). Washington, D.C.: AAIDD.
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, W., Bradley, V., Buntinx, W. ... Yeager, M. (2007). The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116–124. doi:10.1352/1934-9556(2007)45[116:tromru]2.0.co;2
- Silva, P. (2006). Envelhecimento e decréscimo da potência aeróbia máxima. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp.29-59). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Solish A., Perry, A. e Minnes, P. (2010). Participation of children with and without disabilities in social, recreational and leisure activities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(3), 226–236. doi: 10.1111/j.1468-3148.2009.00525.x
- Tamin, T., Idris, F., Mansyur, M. e Soegondo, S. (2015). Model and effectiveness of endurance exercise to increase physical fitness in intellectual disability subjects with bbesity: A randomized controlled trial. *Acta Medica Indonesiana*, 47(2), 127-135.
- Teixeira-Arroyo, C., e Oliveira, S. (2007). Atividade Aquática e a Psicomotricidade de crianças com Paralisia Cerebral. *Motriz*, 13, 97-105.
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D. e Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale [SIS]: Users manual*. Washington: AAMR.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M. e Yeager, M. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135–146. doi:10.1352/1934-9556-47.2.135
- Thompson, J., Tassé, M. e Schalock, R. (2008). *Supports Intensity Scale: Supplemental Administration and Scoring Procedures*. Washington: AAIDD.
- Ueno, L. (1999). A influência da atividade física na capacidade funcional: Envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 4(1), 57-68.
- 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.
- Van der Schuit, M., Segers, E., van Balkom, H. e Verhoeven, L. (2011). How cognitive factors affect language development in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1884-1894. doi: 10.1016/j.ridd.2011.03.015

- Varela, A., Duarte, A., Sereno, A., Dias, A. e Pereira, B. (2000). *Intervenção Terapêutica em Meio Aquático para Populações Especiais*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Técnicos de Natação.
- Vecciato, M. (1989). *Psicomotricidade relacional e terapia*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Verdugo, M. & Bermejo, B. (2001). *Atraso mental: Adaptação social e problemas de comportamento*. Amadora. McGraw-Hill.
- Vuijk, P.; Hartman, E.; Scherder, E. e Visscher, C. (2010). Motor Performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (11), 955-965. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x
- World Health Organization. (2007). *Intellectual disability: A manual for social workers*. New Delhi: *Regional Office for South-East Asia. Mental Health and Substance Abuse*. Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health.
- Woolf, S., Woolf, C. M. e Oakland, T. (2010). Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. *Intellectual and developmental disabilities*, 48(3), 209-215. doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209
- Wuang, Y.; Wang, C-C.; Huang, M-H. e Su, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1048-1060. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x
- Yen, C., Lin, J., Wu, C. e Hu, J. (2012). Promotion of physical exercise in institutionalized people with intellectual: Age and gender effects. *International Journal of Developmental Disabilities*, 58(2), 85-94. doi: 10.1179/2047387711Y.0000000010
- Zetlin, A. e Morrison, G. (1998). Adaptation through the life span. In J. Burack., R. Hodapp, e E. Zigler (Eds.). *Handbook of Mental Retardation and Development* (pp. 481-503). Cambridge: Cambridge University Press.
- Zikl, P., Holoubková, N., Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Scholarly and Scientific Research e Innovation*, 7(10), 2789- 2795.

# Anexos

## Anexo A – Artigo de Acessibilidade

### A acessibilidade na visão do psicomotricista em contexto institucional: CERCI Lisboa<sup>3</sup>



Joana Ramos  
Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana  
Mestrado em Reabilitação Psicomotora  
[joana\\_1155@hotmail.com](mailto:joana_1155@hotmail.com)

Elisabete Sousa  
CERCI Lisboa  
Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação  
[betabs@sapo.pt](mailto:betabs@sapo.pt)



Mónica Estevens  
CERCI Lisboa  
Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação  
[monicaestevens@hotmail.com](mailto:monicaestevens@hotmail.com)

Fátima Duarte  
CERCI Lisboa  
Diretora Geral

[fatima.duarte@cercilisboa.org.pt](mailto:fatima.duarte@cercilisboa.org.pt)



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana  
[sofiasantos@fmh.ulisboa.pt](mailto:sofiasantos@fmh.ulisboa.pt)

**Resumo:** A participação social, a independência e os direitos das pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais têm conhecido um destaque na última década, identificando-se várias barreiras a este nível, que parecem ainda não contemplar as necessidades de todos os utilizadores. A usabilidade do envolvimento construído depende do nível de acessibilidade aos espaços do contexto, que apesar de elemento fundamental na mobilidade humana e da legislação e investigação na área parece não apresentar ainda resultados práticos. Neste sentido, decorrente da atividade profissional do psicomotricista numa instituição que providencia apoios a pessoas com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, o presente estudo objetiva a análise dos espaços exterior e interior do Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa da CERCI Lisboa. Para a avaliação destes espaços foram criadas tabelas onde os critérios utilizados para classificar

---

<sup>3</sup> Ramos, J., Sousa, E., Estevens, M., Duarte, F. e Santos, S. (2017). A acessibilidade na visão do psicomotricista em contexto institucional: CERCI Lisboa. *A Psicomotricidade*. (no prelo)

a acessibilidade funcional dos espaços passaram pelas características e necessidades dos clientes e a existência de apoio físico. Os resultados obtidos apontam para a existência de espaços físicos adequados para a população atendida, tendo tecnologia e apoio físico para ultrapassar as barreiras arquitetónicas. Em suma, a instituição parece apresentar boas condições de acessibilidade, promovendo a autonomia dos seus clientes.

**Palavras-chave:** acessibilidade, intervenção psicomotora, barreiras arquitetónicas, autonomia

**Abstract:** Social participation, independent functioning and rights of persons with Intellectual and Developmental Disability have been a recent topic at national level. However, there are still barriers consistently identified in research that makes more difficult this community participation. Built environment seems to not consider the needs of all users. Further, environment usability of persons with intellectual disability is dependent on the level of barrier-free access. Therefore, and within an institution setting for attending persons with intellectual disability, were analyzed the Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa of CERCI Lisboa. A grid was elaborated considering needs and characteristics of clients as well the existence of physical supports. Results indicate the existence of adequate physical spaces for the clients attended, with technology and physical support to overcome the architectural barriers. In short, the institution seems to present good conditions of accessibility, promoting to the maximum the autonomy of its clients and the psychomotor intervention.

**Keywords:** accessibility, psychomotor intervention, architectural barriers, autonomy

**Résumé:** La participation sociale, l'indépendance et les droits des personnes ayant une déficience intellectuelle et du développement ont connu un point culminant dans la dernière décennie, identifiant plusieurs obstacles à ce niveau, qui ne semblent toujours pas à répondre aux besoins de tous les utilisateurs. La convivialité de la participation intégrée dépend du niveau d'accessibilité au contexte des espaces qui, bien que l'élément essentiel dans la mobilité humaine et de la législation et de la recherche dans le domaine semble ne pas présenter des résultats concrets. En ce sens, en raison de l'occupation de psychomoteur une institution qui offre un soutien aux personnes atteintes de déficience intellectuelle et du développement, cette étude vise à analyser les espaces extérieurs et intérieurs du Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa de CERCI Lisboa. Pour l'évaluation de ces espaces grilles ont été créés où les critères utilisés pour évaluer l'accessibilité fonctionnelle des espaces passés par les caractéristiques et les besoins des clients et l'existence d'un support physique. Les résultats montrent l'existence d'espaces physiques adéquats pour la population desservie, et de la technologie et de support physique pour surmonter les barrières architecturales. En bref, l'institution a une bonne accessibilité, à promouvoir le plus de l'autonomie de ses clients et intervention en psychomotricité.

**Mots-clé:** accessibilité, intervention psychomotricité, barrières architecturales, l'autonomie

## Introdução

A participação social das pessoas com deficiência, e mais especificamente com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) é influenciada por inúmeros fatores (e.g.: atitudes, constrangimentos financeiros e de transportes), de entre os quais se destacam as barreiras arquitetónicas que ainda condicionam a acessibilidade aos espaços físicos do envolvimento (Lewis, 2011; Sherman e Sherman, 2013). As abordagens “ainda tradicionais” (e.g.: superproteção e infantilização, desresponsabilização, dependência – Santos, 2010) face às pessoas com DID, caracterizam-se pela sua passividade e continuam a não obter resultados satisfatórios na comunidade (Powers e Oswald, 2004): quando a participação na comunidade é limitada, as oportunidades para assumir os papéis sociais são também reduzidas (Lewis, 2011; Peel e Posas, 2009; Sherman e Sherman, 2013).

Acresce o reconhecimento da necessidade de um conjunto de apoios (cognitivos e adaptativos) para a inclusão social das pessoas com DID (Buntinx e Schalock, 2010), ao mesmo tempo que se constata a exigência de reciprocidade entre o sujeito e a comunidade, sendo fundamentais mecanismos para identificar e prevenir barreiras à inclusão (Sherman e Sherman, 2013). As pessoas com uma atitude mais positiva acerca dos grupos de exclusão social, apresentam uma ideia mais positiva acerca da vida destes (Pereira e Simões, 2015; Scior, 2011), como é o caso do psicomotricista, que ao contactar com esta população, tem o conhecimento que lhe permite focar na adaptação e no ajustamento do indivíduo ao contexto (Valente, Santos e Morato, 2012).

A psicomotricidade é a ciência que estuda o corpo em movimento, interpretando-o de acordo com o seu contexto físico e humano, tendo em conta as suas várias dimensões e a relação com os contextos, de acordo com o seu enquadramento temporal (Almeida, 2013). Na sua prática, a psicomotricidade caracteriza-se por ser multicomponencial, i.e.: integrando contributos de outras áreas (e.g.: ciências biomédicas, sociais e humanas); multiexperiencial baseada na vivência e experiência pelo sujeito; e multicontextual, ou seja, aplicando os seus conhecimentos nos vários contextos onde a pessoa se move (Fonseca, 2010).

A intervenção psicomotora é uma terapia sistémica de abordagem do ser humano interligando os seus diversos domínios (i.e.: comportamentais, motor, afetivo e cognitivo), que através do corpo em relação e em movimento, proporciona a possibilidade de reencontrar a harmonia do EU (Fonseca e Martins, 2001), potencializando as suas competências e autonomia (Albuquerque, 2005). O psicomotricista maximiza o potencial

adaptativo do indivíduo e promove a sua acessibilidade aos vários ecossistemas envolventes (Fonseca, 2010). Este papel é reforçado pelos objetivos nacionais para a educação especial, decretados pelo governo português (e.g.: Decreto-Lei n.º 3/2008; Moniz, 2007) e internacionais (e.g.: Verdonschot, Witte, Reichrath, Buntinx e Curfs, 2009) que os Estados Membros se propuseram a implementar e monitorizar no âmbito dos direitos das pessoas com deficiência (Organização das Nações Unidas [ONU], 2006).

Assim, a intervenção psicomotora caracteriza-se por concetualizações, metodologias e recursos específicos, de acordo com as necessidades das pessoas que dela beneficiam e com os envolvimentos ou espaços em que decorre (e.g.: piscina, ginásio, espaços exteriores circundantes às instituições, entre outros), atuando como um dos apoios (Valente et al., 2012) mais disponibilizados em contextos institucionais (Jardim e Santos, 2016).

Um dos fatores que concorre para a estimulação da participação social das pessoas com deficiência é a acessibilidade dos espaços, tendo sido identificadas várias barreiras físicas que podem atuar como limitadoras da exclusão social de alguns subgrupos populacionais, i.e., pessoas com mobilidade reduzida ou condicionada (e.g.: pessoas com DID, deficiência motora, deficiência visual, idoso, entre outros). A aposta na mudança de atitude permitirá remover obstáculos à participação social destas pessoas, eliminando barreiras (Pereira e Simões, 2005), reconhecendo que as pessoas com DID são parte integrante da sociedade, e objetivando a mudança de hábitos culturais dos agentes de construção civil e urbanismo (Conselho da Europa [CE], 1994), em articulação e complementaridade (Sherman e Sherman, 2013). O CE (1994), defende que o design dos espaços não é só da responsabilidades dos arquitetos mas de todas as pessoas que desejam um meio físico apto para a diversidade humana e que estejam sensibilizados para o facto do meio edificado ser acessível a todos.

Desta forma, há que adequar todos os edifícios públicos e habitacionais e vias públicas, a todas as pessoas, sendo essencial a promoção da acessibilidade, como elemento fundamental na qualidade de vida, permitindo exercer direitos e ter uma participação cívica ativa (Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto). De acordo com Sherman e Sherman (2013) os três aspetos relacionados com a participação – atividades, função e envolvimento, devem ser pensados do ponto de vista do utilizador. Assim, a acessibilidade pode ser definida como as condições de igualdade para todos os cidadãos, ao nível do ambiente físico, transportes, sistemas de tecnologias da informação e comunicação e outras instalações e serviços (Comissão Europeia, 2010).

Para garantir que estas condições se encontram a ser cumpridas, o Estado tem a função de criar programas de ação que garantam que os meios físicos se encontrem acessíveis, assegurando o acesso à informação e comunicação (ONU, 1993). Para tal, existiu o Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade (2007-2015), constituído por um conjunto de medidas que visa a construção de uma rede global, coerente e homogénea de espaços públicos acessíveis a todos os cidadãos, bem como de transportes e tecnologias, melhorando a qualidade de vida de todos, e em especial, das pessoas com necessidades especiais (Resolução do Conselho de Ministros, n.º 9/2007).

A questão da acessibilidade apesar de relevante a nível nacional, decorrente dos documentos nacionais e internacionais (e.g.: Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência – ONU, 2016) e com impacto na participação social plena advogada das pessoas com necessidades de apoios, ainda não está consolidada, verificando-se diversas barreiras atitudinais e físicas (Sherman e Sherman, 2013). Neste campo, e numa tentativa de responder a necessidades específicas das pessoas que se afastam dos valores normativos, toda a dinâmica inerente à questão da acessibilidade procura garantir que todas as pessoas conseguiriam utilizar os diversos espaços e produtos que necessitam (Newell, Gregor, Morgan, Pullin e Macaulay, 2011).

A acessibilidade contribui para a participação ativa de todos os cidadãos nos diversos domínios de atividade social, assegurando a igualdade de oportunidades e inclusão na sociedade, de forma autónoma e independente, garantindo condições de segurança e conforto (Ramos, 2006). O Estado deverá considerar a participação das organizações das pessoas com deficiência na criação de normas e regulamentos sobre a acessibilidade, bem como na criação de projetos (ONU, 2006), podendo o psicomotricista defender os interesses dos seus clientes, demonstrando a sua visão crítica na criação e implementação de projetos, dado conhecer a realidade vivenciada por estes.

Por acessibilidade, entende-se a característica de um meio físico ou objeto que possibilita a interação de todas as pessoas com os mesmos e a utilização deste de forma equilibrada, respeitadora e segura, existindo assim igualdades de oportunidade para todos, quaisquer que sejam as suas capacidades, contextos e culturas, em todas as atividades que integram o desenvolvimento social e individual do cidadão (Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração para a Pessoa com Deficiência [SNRIPD], 2005). A acessibilidade funcional refere-se à conceção de infraestruturas, edifícios e produtos, que funcionem de forma a atingir os fins para os quais foram criados, sem apresentarem quaisquer problemas ou dificuldades (SNRIPD, 2005).

Associado ao conceito da acessibilidade, surge o conceito de desenho universal, que tem como princípio, a disponibilização de meios físicos adequados, seguros e disponíveis para qualquer cidadão, anulando a diferenciação entre pessoas com e sem deficiência, sendo este conceito aplicado para infraestruturas, edifícios e produtos (SNRIPD, 2005). Deste modo, o desenho universal pretende dar resposta de forma igual a todos os cidadãos, de forma a que estes, possam usufruir da forma mais independente possível, qualquer parte do edifício (SNRIPD, 2005), reduzindo a discriminação e a exclusão social (Simões e Bispo, 2006).

Tal como referido, este conceito não se aplica só às pessoas com deficiência, mas à população em geral, demonstrando uma atitude positiva face à dimensão social prática dos projetos, promovendo a igualdade de oportunidade (Simões e Bispo, 2006).

Para garantir os Direitos de Cidadania consagrados na Constituição Portuguesa, os edifícios, espaços e instalações públicas devem cumprir as condições mínimas de acessibilidade, para que qualquer cidadão possa usufruir dos seus serviços (Moniz, 2006). Para tal, surgiu o Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, que estabelece quais as medidas a serem cumpridas para a construção de espaços públicos e edifícios habitacionais, acessíveis a todos. As normas presentes no Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, têm como objetivo, uma melhoria na funcionalidade dos cidadãos com deficiência, promovendo uma maior autonomia e uma redução das barreiras arquitetónicas e preconceitos face à deficiência, proporcionando uma melhor qualidade de vida para todos os cidadãos (Portugal, 2006c). Todavia, no mesmo decreto-lei, são consideradas pessoas com necessidades especiais, aquelas que possuem mobilidade condicionada, pessoas com dificuldades sensoriais ou pessoas que se encontram, transitoriamente, condicionadas, nomeadamente, as mulheres grávidas, as crianças e os idosos. Deste modo, as pessoas com DID não se encontram especificadas pelo atual decreto.

Uma vez criada a legislação que defende as medidas necessárias à concretização da igualdade na acessibilidade, cabe aos responsáveis aplicar as normas técnicas em vigor, garantindo o seu cumprimento e a plena acessibilidade de todos os cidadãos, possibilitando-lhes o exercício dos seus direitos (Portugal, 2006c). O psicomotricista, ao analisar o corpo em movimento nos seus diversos contextos, tem a capacidade de avaliar a adequação das tarefas quotidianas às capacidades dos indivíduos, conseguindo detetar barreiras e criar meios facilitadores à melhoria da qualidade de vida destes.

O psicomotricista poderá então, ajudar a equacionar como se pode contribuir para minimizar as consequências das barreiras ainda existentes no funcionamento independente e na participação social das pessoas com DID (Simões, Coiteiro, Silva, Cardoso e Santos, no prelo). No âmbito do estágio de Reabilitação Psicomotora e para uma melhor caracterização da organização, considerou-se pertinente realizar um estudo da acessibilidade arquitetónica (interior e exterior) da CERCIL Lisboa, mais especificamente do Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA), para averiguar a acessibilidade dos espaços, numa visão inclusiva, de quem partilha o dia-a-dia com os clientes desta. Para tal, efetuou-se o reconhecimento dos espaços físicos utilizados pelos clientes, com a finalidade de os caracterizar.

Desta forma, este projeto tem como principal objetivo avaliar a funcionalidade dos espaços, de um Centro de Atividades Ocupacionais de uma organização sem fins lucrativos com estatuto de Cooperativa, neste caso específico o CTVAA da CERCIL Lisboa, para perceber se promove a autonomia e independência dos seus clientes. Assim, o estudo da acessibilidade funcional permitiu realizar uma análise das condições do espaço físico, possibilitando uma consciencialização crítica através da perceção real das barreiras ou facilitadores presentes nos diversos espaços, visando identificar o que pode ser melhorado, para promover uma melhor de vida dos clientes do CTVAA e da equipa técnica. Este estudo justifica-se, ainda, pelo facto de a instituição ser frequentado por pessoas com quadros clínicos distintos (e.g.: clientes com DID, ou deficiências sensoriais; funcionários que se deslocam em cadeiras de rodas, entre outros), bem como pelo envelhecimento da população que atendem. Para este efeito, procedeu-se à análise do espaço físico exterior e de acesso à instituição, e ao próprio espaço interior do CTVAA.

## **Método**

### ***Amostra***

A amostra foi constituída pelos espaços físicos, interior e exterior, do CTVAA da CERCIL Lisboa, tendo em conta as população-alvo atendida neste centro.

### ***Caracterização da população-alvo e do edifício***

A população atendida no centro, com base nos processos individuais de cada cliente, são indivíduos a partir dos 18 anos com DID e multideficiência, encontrando-se neste último grupo os indivíduos, que além da DID ainda apresentam: deficiência motora, dificuldades de coordenação, deficiência auditiva grave, baixa visão e perturbações na comunicação e

linguagem. Todas estas características dificultam a circulação autónoma nos espaços, devendo ser tido em conta o seu impacto no dia-a-dia. No que respeita às características dos indivíduos, a seleção e a classificação das tabelas foi pensada com base nos casos mais graves das respetivas perturbações.

O CTVAA, é constituído por um edifício com 3 pisos, tendo ainda diversos espaços livres e um jardim, sendo descritos com base na observação. De um modo mais pormenorizado, os espaços do edifício principal são:

- Piso -1: 1 sala de snoezelen; 1 sala de estimulação; 1 sala de terapia ocupacional/expressão plástica; e 1 casa de banho;
- Piso 0: receção; sala de convívio; 2 casas de banho; refeitório; 8 gabinetes; ginásio; 2 balneários; e sala de fisioterapia com respetiva casa de banho; e
- Piso 1: 6 salas de trabalho; 6 casas de banho; sala de computadores; e gabinete da diretora técnica.

### ***Instrumentos***

Na sequência da metodologia proposta pelo CE (1994), a criação das tabelas de acessibilidade, onde se avaliaram os diversos espaços físicos, foi efetuada de acordo com os diferentes quadros clínicos e características dos clientes que frequentam a instituição, referidos anteriormente. Desta forma, estas tabelas foram pensadas para os espaços físicos do CTVAA e tendo em conta os seus clientes, permitindo fazer uma caracterização específica destes locais. Assim, os grupos utilizados para classificar a acessibilidade dos espaços foram: o grau de dificuldade do cliente, tendo em conta a sua perturbação e os casos mais graves e a existência de apoio físico para ultrapassar o problema. Deste modo, ao considerar o cliente, a tomada de consciência das barreiras é facilitada através da observação, tendo a noção real de como o espaço físico é experienciado por este, com e sem ajuda humana e/ou das tecnologias de apoio. As classificações foram estabelecidas, com base nos critérios anteriormente referidos, para os clientes que usufruem dos serviços do CTVAA.

No que se refere às tabelas, a primeira é de leitura geral do interior da instituição (tabela 1), contendo os pisos interiores do CTVAA, a leitura de sinaléticas, utilização do teclado na sala de computadores, utilização do intercomunicador do portão principal e leitura de pictogramas. Posteriormente, para cada piso da instituição, são apresentados os respetivos espaços (tabelas 2, 3 e 4) e, por último, os espaços exteriores do CTVAA, nomeadamente, os percursos de acesso ao edifício realizados pelos clientes, tais como:

o acesso ao portão da entrada principal; o acesso à carrinha da CERCÍ Lisboa; o acesso ao piso 0 desde o portão principal; e o acesso ao piso 1 desde o portão principal. Os espaços foram avaliados, pelas psicomotricistas do CTVAA, por observação direta, de acordo com os seguintes critérios, definidos *a priori* pelas mesmas: sem problema, alguns problemas, muitos problemas, impossível e com tecnologia para ultrapassar o problema e/ou apoio físico (humano ou tecnologias de apoio). Aquando do preenchimento das tabelas este foi realizado, pelas três psicomotricistas, em simultâneo, existindo um acordo entre ambas na classificação dada.

### **Procedimentos**

Numa fase inicial, foi fundamental definir se o estudo da acessibilidade seria pensado em qualquer pessoa que queira usufruir dos espaços do CTVAA ou se só se centraria nos clientes que pertencem a este centro. Posteriormente, chegou-se a consenso, entre todos os intervenientes, que esta análise se centraria apenas nos clientes e nos espaços utilizados por estes, dado serem quem mais tempo usufruí destes espaços, no seu dia-a-dia. A definição dos critérios de classificação foi baseada em casos reais, pensando sempre nas situações mais graves, dado que muitas vezes a severidade da perturbação condicionava a decisão da classificação, existindo grande heterogeneidade de casos. Uma outra questão levantada, aquando da classificação, foi a existência de locais exteriores de menor acessibilidade para os clientes com deficiência ou dificuldades motoras, quando existem percursos alternativos que tornam esses locais viáveis para essa população e possam dar lugar a sugestões de melhoria. Assim, existem tecnologias para ultrapassar o problema e/ou apoio físico (humano ou tecnologias de apoio).

### **Apresentação e Discussão dos Resultados**

Em seguida serão apresentadas as tabelas de acessibilidade e o que as suas informações representam na prática. A tabela 1 permite constatar que, em geral, o CTVAA da CERCÍ Lisboa possui boas condições de acessibilidade para os seus clientes, tendo também tecnologias para colmatar possíveis falhas a este nível.

No que se refere aos itens avaliados com “alguma” e “muita dificuldade”, surgem na área da visão e da audição, afetando um número muito reduzido de clientes, como tal, devem ser realizadas alterações com vista à redução das barreiras, sendo exemplos: elevador com interface áudio que indique a chegada a um novo piso; aumento do volume do intercomunicador do portão principal; e equipamento que permitam ampliar o material de leitura pictográfica e o teclado dos computadores. Alguns outros itens que apresentam

também avaliações que identificam problemas para os clientes, prendem-se com dificuldades muito específicas da perturbação, como a audição da interface áudio no caso da deficiência auditiva grave.

**Tabela 1 - Tabela de Acessibilidade Instituição Interior**

Instituição Interior	Cadeira de rodas + DID	Má formação genética + DID	DID + Força reduzida	DID + Coordenação Reduzida	DID	Audição + DID	Visão + DID	Comunicação + DID
Deslocar-se no piso -1	0	0	0	0	1	1	0	1
Deslocar-se no piso 0	0	1	1	1	1	1	2	1
Deslocar-se no piso 1	0	1	1	1	1	1	1	1
Literatura de sinalética	1	1	1	1	3	1	3	1
Utilização do teclado na sala de computadores	1	1	1	1	2	1	2	1
Utilização do intercomunicador do portão principal	1	1	1	1	1	4	1	1
Leitura de pictogramas	1	1	1	1	2	1	2	1

**Legenda:** 1=Sem Problema; 2=Alguns Problemas; 3=Muitos Problemas; 4=Impossível; 0=Com tecnologia para ultrapassar o problema e/ou apoio físico (humano ou material)

Relativamente às deslocações entre pisos estas podem ser realizadas através de rampas, escadas e/ou elevadores, existindo corrimãos instalados nas várias escadas e rampas, os corredores permitem realizar manobras de rotação de 360° como refere o Decreto-lei n.º 163/2006, de 8 de agosto. No que respeita às escadas, os degraus tem uma altura, profundidade e faixas de sinalização visual que vai ao encontro do mencionado no mesmo Decreto-lei.

Na tabela 2, relativa ao piso -1, é possível verificar boas condições de acessibilidade na entrada e utilização das salas existentes neste piso, sendo a sua avaliação na tabela realizada em simultâneo, à exceção da entrada na sala de snoezelen. Esta questão deve-se ao facto de, na entrada existir um colchão com uma ligeira altura, o que dificulta a passagem de clientes com dificuldades motoras e baixa visão.

Relativamente ao wc, neste e nos restantes pisos, no caso de indivíduos com mobilidade condicionada, a altura do assento da sanita e do lavatório encontra-se de acordo com o mencionado no Decreto-lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, existindo também barras de apoio junto à sanita e o dispositivo do papel higiénico tem uma altura e distância adequada.

**Tabela 2 - Tabela de Acessibilidade Piso -1**

Piso -1	Cadeira de rodas + DID	Má formação genética + DID	DID + Força reduzida	DID + Coordenação Reduzida	DID	Audição + DID	Visão + DID	Comunicação + DID
Entrada na sala de Snoezelen	2	2	1	1	1	1	2	1
Utilização da sala de Snoezelen	1	1	1	1	1	1	1	1
Entrada e utilização da sala de estimulação	1	1	1	1	1	1	1	1
Entrada e utilização da sala de terapia ocupacional/ expressão plástica	1	1	1	1	1	1	1	1
Utilização do wc	1	1	1	1	1	1	1	1
Do piso -1 até à porta do ginásio pelo exterior	0	1	1	1	1	1	0	1
Do piso -1 ao refeitório pelo exterior	0	1	1	1	1	1	0	1
Do piso -1 até à zona de lazer	0	1	1	1	1	1	0	1

**Legenda:** 1=Sem Problema; 2=Alguns Problemas; 3=Muitos Problemas; 4=Impossível; 0=Com tecnologia para ultrapassar o problema e/ou apoio físico (humano ou material)

No que concerne às deslocações referidas na tabela 2, referente ao piso -1 e percursos exteriores, estas encontram-se de acordo com o mencionado anteriormente, existindo rampas e escadas com corrimãos, indo de encontro ao descrito no Decreto-lei n.º 163/2006, de 8 de agosto.

**Tabela 3 - Tabela de Acessibilidade Piso 0**

Piso 0	Cadeira de rodas + DID	Má formação genética + DID	DID + Força reduzida	DID + Coordenação Reduzida	DID	Audição + DID	Visão + DID	Comunicação + DID
Utilização do wc junto à sala de convívio	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização da sala de convívio	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada na receção	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada no gabinete presidente	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada no gabinete administrativa	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização do elevador	0	1	1	1	1	1	0	1
Utilização do wc junto refeitório	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização do refeitório	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada na cozinha	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada no gabinete TR/TO	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada no gabinete psicólogas	0	1	1	1	1	1	0	1

Entrada no gabinete do diretor administrativo técnico	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada no gabinete da tesouraria	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada no gabinete dos serviços administrativos	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada no gabinete do CAARPD! *	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização do ginásio	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização do balneário feminino	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização do balneário masculino	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização da sala de materiais	0	2	2	2	2	2	0	2
Entrada e utilização da sala de fisioterapia	0	1	1	1	1	1	0	1
Utilização do wc da sala de fisioterapia	0	1	1	1	1	1	0	1
Parte de trás da CERCI até à zona de lazer	0	1	1	1	1	1	0	1

\* Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação para Pessoas com Deficiência e Incapacidade

Legenda: 1=Sem Problema; 2=Alguns Problemas; 3=Muitos Problemas; 4=Impossível; 0=Com tecnologia para ultrapassar o problema e/ou apoio físico (humano ou material)

Na tabela 3 depreende-se que o piso 0 é bastante acessível para os seus clientes, não sendo relevante o valor 2 referente à sala de materiais, uma vez que só os clientes autorizados é que entram nesse espaço, não existindo nesses casos nenhuma barreira física. Esta questão encontra-se de acordo com o estipulado no Decreto-lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, que refere que os espaços não utilizáveis pelas pessoas com necessidades especiais, podem não ser acessíveis, dado não serem locais com grande relevância no seu desempenho.

Relativamente aos gabinetes técnicos e a alguns outros espaços, só foi considerado, na tabela 3, a avaliação da entrada, dado serem locais que os clientes não usufruem diretamente. No que respeita aos balneários feminino e masculino, a avaliação teve em conta o wc e o espaço de mudança de roupa e respeitam as normas estipuladas no Decreto-lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, tal como os indicados na tabela 2.

O piso 1 (tabela 4), não apresenta qualquer dificuldade aos clientes, sendo também um dos locais onde estes passam mais tempo, uma vez que é onde se encontram as salas de trabalho. Deste modo, o piso 1 cumpre o mencionado no Decreto-lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, uma vez que os percursos realizados neste piso são acessíveis, sendo espaços de utilização constante dos clientes do CTVAA. No que se refere à porta de entrada/saída do piso 1 para o exterior, a largura deste é superior a 0,87m, possuindo uma abertura de 360°, estando de acordo com as normas do Decreto-

lei em questão, estipuladas para as pessoas com mobilidade reduzida. No que se refere às escadas de acesso do piso 0 para o piso 1, estas possuem uma largura, altura e profundidade de acordo com o mesmo Decreto-lei n, estando os corrimãos das escadas e as faixas de sinalização visual dos degraus, também em concordância com a peça legislativa. O elevador possui uma largura adequada, barra de apoio, sinais visuais que indicam que o comando foi registado e não apresenta um desnível de paragem de patamares, indo ao encontro das normas.

No caso da acessibilidade exterior da instituição, procedeu-se à realização de uma tabela no mesmo molde das anteriores, que não será aqui apresentada e que teve como espaços a ser avaliados, os seguintes: entrada na instituição pelo portão principal; deslocação do interior para a carrinha da CERCI Lisboa; deslocação para o piso 0 partindo do portão principal; e deslocação para o piso 1 partindo do portão principal. Em todos os espaços avaliados não foram detetados problemas ou são possíveis de colmatar com tecnologia e/ou apoio físico (humano e material), sendo que todos os acessos exteriores não têm só uma via.

Esta questão encontra-se de acordo com descrito no Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, em que os edifícios devem possuir pelo menos um percurso de acesso a este, entre a via pública e o local, que seja acessível, seguro e confortável, no caso das pessoas com mobilidade condicionada.

**Tabela 4 - Tabela de Acessibilidade Piso 1**

Piso 1	Cadeira de rodas + DID	Má formação genética + DID	DID + Força reduzida	DID + Coordenação Reduzida	DID	Audição + DID	Visão + DID	Comunicação + DID
Entrada e utilização do elevador	0	1	1	1	1	1	0	1
Acesso ao piso 0 pelas escadas	-----	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização da sala 6	0	1	1	1	1	1	0	1
Utilização do wc sala 6	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada na sala da diretora técnica	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização da sala de computadores e sofás	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização da sala 1	0	1	1	1	1	1	0	1
Utilização do wc sala 1	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização da sala 2	0	1	1	1	1	1	0	1

Utilização do wc sala 2	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização da sala 3	0	1	1	1	1	1	0	1
Utilização do wc sala 3	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização da sala 4	0	1	1	1	1	1	0	1
Utilização do wc sala 4	0	1	1	1	1	1	0	1
Entrada e utilização da sala 5	0	1	1	1	1	1	0	1
Utilização do wc sala 5	0	1	1	1	1	1	0	1

Legenda: 1=Sem Problema; 2=Alguns Problemas; 3=Muitos Problemas; 4=Impossível; 0=Com tecnologia para ultrapassar o problema e/ou apoio físico (humano ou material)

Ainda relativamente à acessibilidade exterior do edifício, existe uma rampa com desnível com corrimão que dá acesso ao piso 1, que não tendo cobertura poderá dificultar o deslocamento dos seus clientes em dias de intempérie. Contudo, há mais possibilidades de aceder ao piso 1 por outros percursos, não tão práticos mas igualmente funcionais.

## Conclusões

Em suma, e de acordo com a observação direta do edifício e análise das tabelas, o interior da instituição encontra-se bem equipado, existindo elevadores que ligam todos os pisos e escadas, e rampas com corrimão, bem como casas de banho com estruturas de apoio às necessidades dos seus clientes. Esta análise tem em conta que a maioria dos clientes do CTVAA da CERC Lisboa tem DID e a disponibilidade de recursos humanos para os clientes com maiores necessidades de apoios ao nível do funcionamento independente.

Ao nível das sugestões, considera-se importante: a existência de uma cobertura na rampa de acesso ao piso 1; a criação de uma zona sem colchão à entrada, na sala de Snoezelen, possibilitando que clientes em cadeiras de rodas possam entrar sentados dentro da sala; elevadores com interface áudio que indiquem a chegada a um novo piso; e equipamentos ampliadores para a leitura pictográfica.

Uma vez que, as questões que podem dar lugar a ações de melhoria em termos da acessibilidade dizem respeito a uma minoria de clientes, e que com apoio técnico são possíveis de serem ultrapassadas, é viável considerar o CTVAA da CERC Lisboa como um espaço acessível aos seus clientes e que lhes proporciona as condições para a promoção das suas competências e autonomia, maximizando o trabalho desenvolvido

pelas psicomotricistas do centro. No entanto, e em consequência do envelhecimento dos clientes com as características inerentes a este processo, sugere-se uma atenção particular às condições de acessibilidade.

Como limitações desta investigação, é possível identificar a análise de apenas uma instrutura/edifício da CERCI Lisboa, mais especificamente, de um dos seus centros, sendo importante alargar este tipo de avaliações a outros edifícios da CERCI Lisboa e de outras instituições similares. Ainda relativamente às limitações, as tabelas foram preenchidas de acordo com os quadros clínicos existentes no centro e os espaços em que os clientes mais circulam, podendo existir algumas áreas omissas, que no futuro podem ser alvo de análise. No que concerne às recomendações, sugere-se que este tipo de avaliação se estenda a outros serviços da comunidade em geral, recorrendo à ajuda de técnicos que trabalhem no terreno com os clientes, dado terem uma visão mais abrangente das suas necessidades e limitações. Considera-se, ainda, pertinente a realização de um estudo que avalie a acessibilidade de todas as pessoas que usufruem dos serviços do CTVAA e não apenas dos seus clientes e uma mesma avaliação dos restantes centros da CERCI Lisboa. Por outro lado, a avaliação das condições de acessibilidade a nível nacional poderá ser um primeiro passo na identificação de barreiras e apresentação de sugestões para melhorar a acessibilidade dos espaços físicos a pessoas com DID. O psicomotricista deve aplicar os seus conhecimentos acerca do cliente e identificar facilitadores para promover ao máximo a sua autonomia e participação social na instituição e na comunidade. Todavia, esta atualização deve ser permanente, dado que no contacto diário com os clientes das instituições, os psicomotricistas deparam-se com situações que ainda poderiam não ter sido pensadas, como é o caso do envelhecimento das pessoas com deficiência, que se traduz numa necessidade de novas respostas.

Deste modo, no momento atual e face às alterações sociais emergentes (e.g.: o envelhecimento das pessoas com DID) constata-se a necessidade de se planear e implementar sistemas que potenciem a acessibilidade e a mobilidade, ao mesmo tempo que as pessoas com DID e outras necessidades de apoios devem assumir um papel ativo neste processo (Burns e Gordon, 2010).

## **Referências**

Albuquerque, C. (2005). Deficiência mental ligeira: Funcionalidade e transição para a vida pós-escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(2), 89-110.

Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade – Jogos Facilitadores da Aprendizagem*. Viseu: Psicossoma.

- 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 doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x
- Burns, K., e Gordon, G. (2010). Analyzing the impact of disability legislation in Canada and the United States. *Journal of Disability Policy Studies*, 20(4), 205-218, doi: 10.1177/1044207309344562
- Comissão Europeia (2010). *Estratégia Europeia para a Deficiência 2010-2020: Compromisso renovado a favor de uma Europa sem barreiras*. Retirado em 28 de janeiro de 2017 de: <file:///C:/Users/jr/Downloads/NovaEstrategiaPT.pdf>
- Conselho da Europa. (1994). *Acessibilidade: princípios e linhas directrizes*. Coleção Cadernos SNR, n.º 2. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Decreto-Lei n.º 163/2006. Regime da Acessibilidade aos Edifícios e Estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Diário da República, 1.a série — N.º 152, 8 de Agosto de 2006.
- Decreto-Lei n.º 3/2008. Ministério da Educação. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 4 — 7 de janeiro de 2008, 154-164.
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), 42-52. Retirado em 14 de fevereiro de 2017 de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v18n17/v18n17a04.pdf>
- Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Jardim, N.e Santos, S. (2016). Effects of a Psychomotor Intervention in Water in the Quality of Life of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*. 3(1): 53-60, doi: 10.17352/2455-5487.000036
- Lewis, J. (2011). Student attitudes towards impairment: an assessment of passive and active learning methods in urban planning education. *Teaching in Higher Education*, 16(2), 237-249, doi: 10.1080/13562517.2010.524921
- Moniz, I. (2006). *Prefácio*. in Guia de Acessibilidade e Mobilidade para Todos – Apontamentos para uma melhor interpretação do Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto (5-6) Guia publicado no âmbito do PAIPDI – Plano de Ação para a Integração da Pessoa com Deficiência, 2006/2009 Gabinete de Secretaria de Estado Adjunta e da Reabilitação, Edição SNRIPD.
- Moniz, I. (2007). *Modelo de Avaliação da Qualidade de Centro de Actividades Ocupacionais*. União Europeia Fundo Social Europeu, Governo da República Portuguesa, QCA III, Segurança Social, Instituto de Segurança Social.
- Newell, A., Gregor, P., Morgan, M., Pullin, C. e Macaulay, C. (2011). User-sensitive inclusive design. *Universal Access in the Information Society*, 10(3), 235-243. doi:10.1007/s10209-010-0203-y
- Organização das Nações Unidas (1993). *Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência* (Trad. Secretariado Nacional de Reabilitação, Cadernos SNR n.º 3, 1995). Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2006). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Doc. A/61/611, Nova Iorque, 13 dez.

Peel, D. e Posas, P. (2009). Promoting disability equality and inclusive learning in planning education. *Innovation in Education and Teaching International*, 46(20), 227-235. doi: 10.1080/14703290902844008

Pereira, L. e Simões, C. (2005). *Atitudes Face à Diferença*. Lisboa: Edições FMH.

Portugal, L. (2006c). *Nota de apresentação*. in Guia de Acessibilidade e Mobilidade para Todos – Apontamentos para uma melhor interpretação do Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto (5-6) Guia publicado no âmbito do PAIPDI – Plano de Ação para a Integração da Pessoa com Deficiência, 2006/2009 Gabinete de Secretaria de Estado Adjunta e da Reabilitação, Edição SNRIPD.

Powers, L. e Oschwald, M. (2004). *Violence and abuse against people with disabilities: experiences, barriers and prevention strategies*. Portland, OR: Center on Self-Determination, Oregon Health and Science University.

Ramos, C. (2006). *A contribuição do LNEC para a normativa técnica sobre acessibilidade* in Guia de Acessibilidade e Mobilidade para Todos – Apontamentos para uma melhor interpretação do Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto (13-14) Guia publicado no âmbito do PAIPDI – Plano de Ação para a Integração da Pessoa com Deficiência, 2006/2009 Gabinete de Secretaria de Estado Adjunta e da Reabilitação, Edição SNRIPD.

Resolução do Conselho de Ministros, n.º 9/2007. Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade (PNPA). *Diário da República* n.º 12 (Série I), de 17 de Janeiro de 2007 - 366-377.

Santos, S. (2010). A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental na Actualidade. Educação Inclusiva – *Revista da Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial*. 1(2) dossier temático.

Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: a systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2164-2182, doi: 10.1016/j.ridd.2011.07.005.

Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência [SNRIPD] (2005). *Conceito Europeu de Acessibilidade*. Cadernos SNR, nº. 18: 1-112. Retirado em 30 de março de 2017 de: [file:///C:/Users/jr/Downloads/Caderno018%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/jr/Downloads/Caderno018%20(2).pdf)

Sherman, J. e Sherman, S. (2013). Preventing Mobility Barriers to Inclusion for People with Intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 10(4), 271-276. doi: 10.1111/jppi.12052

Simões, J. e Bispo, R. (2006). *Design Inclusivo: Acessibilidade e Usabilidade em Produtos, Serviços e Ambientes*. Lisboa: Centro Português de Design. Retirado em 28 de janeiro de 2017 de: <http://designincludesyou.org/wp-content/uploads/2012/04/DesigInclusivoVol1.pdf>

Simões, A., Coiteiro, D., Silva, F., Cardoso, J. e Santos, S. (no prelo). Atitudes de Estudantes de Reabilitação Psicomotora Face às Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *A Psicomotricidade*.

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.

Verdonschot, M., de Witte, L., Reichrath, E., Buntinx, W. e Curfs, L. (2009). Impact of Environmental Factors on Community Participation of Persons with an Intellectual

Disability: a Systematic Review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(1), 54-64.  
doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01128.x