



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Intervenção Psicomotora na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental – Associação Qe, uma Nova Linguagem para a Incapacidade

Documento Definitivo

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

Orientador: Professor Doutor Pedro Parrot Morato

Júri

Presidente:

Professora Doutora Cristina Espadinha, professora auxiliar da Faculdade de
Motricidade Humana

Vogais:

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

Doutor Miguel Mata Pereira, professor auxiliar do Instituto Universitário de Ciências
Psicológicas, Sociais e da Vida do Instituto Universitário

Maria Ana Soares Moura Batista

2020

“Para ser grande, sê inteiro: nada teu, exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes. Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive.”

(Ricardo Reis, heterónimo de Fernando Pessoa)

Agradecimentos

Um obrigada ao meu orientador acadêmico, o Professor Doutor Pedro Morato, por me mostrar que a reflexão é a base do conhecimento.

Um obrigada à minha orientadora local, a psicomotricista Rita Carvalho, por toda a disponibilidade, partilha, motivação, empenho, organização, conhecimento e experiência transmitida. Gostava de um dia ter toda a tua garra e dedicação, Rita!

Um obrigada também à psicomotricista Bianca Duarte, coorientadora, pela partilha de saberes, pela confiança e por todas as conversas e desabaços sobre a vida.

Um obrigada aos meus pais, pelo apoio incondicional, valores transmitidos e constantes incentivos.

Sebastião, obrigada por toda a força e motivação, pelas trocas de ideias e pela paciência infinita que tiveste ao longo de todo este tempo.

Inês, obrigada por todos os fins de semana de convívio, partilha de ideias (e de lanches calóricos), pelo apoio mútuo e pelos bons (e por vezes desesperantes) momentos passados juntas. De certeza que serão momentos a recordar para a vida!

Também um obrigada aos meus colegas (e amigos) de faculdade, por toda a ajuda, palavras encorajadoras e momentos de descontração.

Ao universo da Associação Qe, um grande obrigada:

À equipa, por me mostrar que a experiência profissional se estende para além de responsabilidades e formalidades.

E por último, mas de todo não menos importantes, aos clientes da Associação, por me terem dado a conhecer não só a quinta, como a *sexta* essência.

Porque nunca é demais agradecer: um grande obrigada a todos!

Resumo

A Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental é caracterizada pela existência de limitações significativas no que diz respeito ao intelecto, comportamento adaptativo, manifestando-se antes dos 18 anos de idade. Apesar de toda a estigmatização e segregação, hoje em dia, são verificadas face a estes indivíduos, atitudes e expectativas mais positivas, onde o seu papel como cidadãos ativos na sociedade está cada vez menos associado a uma utopia. O objetivo do presente relatório passa por caracterizar a experiência vivenciada dentro de uma instituição, bem como compreender o impacto de um plano de intervenção realizado a dois grupos e a um estudo de caso. Os instrumentos de avaliação utilizados foram criados pela estagiária com base noutros instrumentos já existentes. Foram delineados objetivos específicos para cada caso, consoante as suas áreas fortes e a melhorar. Após a avaliação final, verificou-se que a maioria dos resultados dos grupos e do estudo de caso foram mantidos. Concluiu-se que o período de intervenção deve ser maior, de modo a possibilitar uma melhor consistência no trabalho desenvolvido. Em paralelo, deve ser objetivado um plano de intervenção focado nas necessidades e interesses de cada indivíduo, o que contribuirá para a promoção de uma maior autonomia, independência e funcionalidade destes nos variados contextos.

Palavras-chave: Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental; Atitudes; Plano de Intervenção; Avaliação; Necessidades; Interesses; Autonomia; Funcionalidade

Abstract

Intellectual and Developmental Disability is characterized by the existence of significant limitations with respect to intellect, adaptive behavior and manifesting before the age of 18. Despite all the stigmatization and segregation, nowadays, more positive attitudes and expectations are verified to these individuals, where their role as active citizens in society is less associated to a utopia. The purpose of this report is to characterize the experience lived within an institution, as well as to understand the impact of an intervention plan carried out by two groups and a case study. The assessment instruments used were created by the intern based on other existing instruments. Specific objectives were outlined for each case, depending on their strengths and to improve. The instruments used were created by the intern, based on other existing instruments. After the final evaluation, it was found that most of the results of the groups and the case study were maintained. It was concluded that the intervention period should be longer, in order to allow a better consistency in the work developed. At the same time, an intervention plan focused on the needs and interests of each individual must be aimed at, which will contribute to the promotion of greater autonomy, independence and functionality in the various contexts

Key-words: Intellectual and Developmental Disabilities; Attitudes; Intervention Plan; Evaluation; Needs; Interests; Autonomy; Functionality

Índice Geral

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice Geral	V
Índice de Tabelas	VII
Introdução.....	1
I Enquadramento da Prática Profissional	2
I.1 Associação Qe	2
I.1.1 História da Associação.....	2
I.1.1 Missão	3
I.1.2 Equipa Técnica	3
I.1.3 A Associação Qe.....	3
I.1.4 Avaliação de competências.....	6
I.1.5 Linhas orientadoras do plano estratégico da área pedagógica para 18/19.....	7
I.1.6 Filosofia: <i>Gentle Teaching</i>	7
I.2 Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental.....	10
I.2.1 Definição	11
I.2.2 Etiologia e Prevalência.....	11
I.2.3 Classificação	13
I.2.4 Caraterísticas.....	14
I.2.5 DID e Qualidade de Vida.....	16
I.2.6 DID e Sexualidade	18
I.2.7 DID e Diagnóstico Duplo	20
I.2.8 As atitudes face às pessoas com DID	22
I.3 Observação e Avaliação	24
I.3.1 Instrumentos de avaliação utilizados na prática profissional.....	25
I.4 Intervenção Psicomotora	28
I.4.1 A intervenção psicomotora na DID	34
II Realização da Prática Profissional	37
II.1 Organização e calendarização	37
II.1.1 Horário e atividades	38
II.2 Caraterização dos grupos de intervenção.....	43
II.2.1 Grupo A.....	43
II.2.1.1 Caraterização do Grupo A	43

II.2.1.2	Caraterização do instrumento de avaliação desenvolvido	47
II.2.1.3	Métodos.....	50
II.2.1.4	Plano de intervenção	51
II.2.1.5	Estrutura das sessões e atividades desenvolvidas	52
II.2.1.6	Resultados e discussão de resultados.....	54
II.2.2	Grupo B.....	59
II.2.2.1	Caraterização do Grupo B	59
II.2.2.2	Caraterização do instrumento de avaliação desenvolvido	62
II.2.2.3	Métodos.....	Erro! Marcador não definido.
II.2.2.4	Plano de intervenção	63
II.2.2.5	Estrutura da sessão e atividades desenvolvidas.....	65
II.2.2.6	Resultados e discussão de resultados.....	67
II.2.2.7	Reflexões críticas dos Grupos de Intervenção.....	71
II.2.3	Estudo de caso	72
II.2.3.1	Descrição do caso	73
II.2.3.2	Síndrome de <i>Williams</i>	75
II.2.3.3	Caraterização do instrumento desenvolvido	76
II.2.3.4	Métodos e linhas orientadoras da intervenção.....	78
II.2.3.5	Plano de intervenção	79
II.2.3.6	Estrutura das sessões	81
II.2.3.7	Resultados e discussão de resultados.....	85
II.2.3.8	Reflexão crítica e limitações/sugestões	88
III	Atividades complementares	90
III.1	Saraus de Ginástica	90
III.2	Intercentros.....	90
III.3	Épocas festivas	91
III.4	Atividade final de estágio	91
IV	Considerações finais.....	92
V	Bibliografia.....	96
VI	Anexos	0
VI.1	Anexo A – Organograma da Equipa Técnica da Associação Qe	0
VI.2	Anexo B - Exemplo de plano de sessão de natação	0
VI.3	Anexo C - Instrumento de avaliação do Grupo A	2
VI.4	Anexo D - Exemplo de plano de sessão Grupo A	5
VI.5	Anexo E - Instrumento de avaliação do Grupo B	7

VI.6	Anexo F - Exemplo de plano de sessão Grupo B	10
VI.7	Anexo G - Instrumento de avaliação do estudo de caso	12
VI.8	Anexo H – Cartões utilizados na apresentação da sessão do estudo de caso..	15
VI.9	Anexo I - Materiais de apoio aos instrumentos de avaliação.....	16
VI.10	Anexo J - Exemplo de plano de sessão do estudo de caso	19

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Calendarização das fases de estágio.....	38
Tabela 2 - Horário de estágio.....	38
Tabela 3 - Objetivos gerais e específicos definidos para o Grupo A	51
Tabela 4 - Período de intervenção com o Grupo A	52
Tabela 5 - Exemplos de atividades dinamizadas - para cada área - com o Grupo A.....	53
Tabela 6 - Resultados iniciais e finais obtidos pelo Grupo A.....	54
Tabela 7 - Médias das avaliações do Grupo A.....	55
Tabela 8 - Objetivos gerais e específicos definidos para o Grupo B	64
Tabela 9 - Período de intervenção com o Grupo B	65
Tabela 10 - Exemplos de atividades dinamizadas - para cada área - com o Grupo B.....	66
Tabela 11 - Resultados iniciais e finais obtidos pelo Grupo B.....	67
Tabela 12 - Médias das avaliações do Grupo B.....	68
Tabela 13 - Pontos fortes da Carolina.....	78
Tabela 14 - Pontos fracos da Carolina.....	79
Tabela 15 - Objetivos gerais e específicos elaborados pela estagiária	80
Tabela 16 - Período de intervenção com a CD	81
Tabela 17 - Exemplos de atividades dinamizadas - para cada área - com a Carolina.....	84
Tabela 18 - Resultados iniciais e finais obtidos pela Carolina	85

Introdução

O presente relatório, surge da escolha da unidade curricular *Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais* (RACP), inserida no 2.º ano de Mestrado de Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. Esta unidade curricular visa integrar os estudantes em equipas de trabalho onde a área de Reabilitação Psicomotora já se encontra incluída ou possa vir a ser integrada, desenvolvendo no estudante a capacidade de trabalho, planeamento e reflexão, ao nível da planificação da intervenção psicomotora, da relação com a equipa e da interação com a comunidade (FMH-ULisboa, 2019). O estudante pode ainda contribuir de forma inovadora, na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas (FMH-ULisboa, 2019).

Este documento tem como principal objetivo uma descrição detalhada da experiência decorrente na Associação Quinta Essência – uma nova linguagem para a incapacidade (Associação Qe), que decorreu durante o ano letivo 2018/2019.

Este relatório encontra-se organizado em dois capítulos principais.

O primeiro, referente ao **enquadramento da prática profissional**, em que é elaborada a caracterização da instituição e modelo pedagógico utilizado, *Gentle Teaching*; encontra-se, de seguida, a caracterização da população atendida – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID); surge ainda um breve tópico acerca da importância da observação e avaliação, abordagens metodológicas utilizadas no decorrer do estágio e, por último, é elaborado um capítulo sobre a intervenção psicomotora (IPM), com uma contextualização teórica da psicomotricidade, e, depois, mais especificamente, a IPM na população com DID. A segunda parte, referente à **realização da prática profissional**, corresponde a todos os aspetos relacionados com a intervenção, nomeadamente, a organização, calendarização e horário do estágio, a descrição das atividades realizadas e ainda todo o detalhe da intervenção a dois grupos e um estudo de caso – caracterização, instrumento de avaliação utilizado e sua justificação, métodos, plano de intervenção, resultados, discussão de resultados e reflexões críticas. De seguida, encontram-se descritas as atividades complementares, correspondendo a momentos fora do horário de estágio e que contribuíram para o enriquecimento de toda a experiência profissional. Por fim, são apresentadas as conclusões finais, onde é elaborada uma análise reflexiva sobre a importância de toda a experiência de estágio.

I Enquadramento da Prática Profissional

Neste primeiro capítulo encontra-se a revisão da literatura relevante para a compreensão de toda a prática profissional.

I.1 Associação Qe

Neste subcapítulo será caracterizada a instituição onde se realizou o estágio curricular – Associação Qe, uma Nova Linguagem para a Incapacidade – que se encontra localizado na Abrunheira, localidade pertencente ao concelho de Sintra (Associação Qe, 2018).

I.1.1 História da Associação

A Associação Qe surgiu através de um grupo de pais e técnicos, que idealizavam uma diferente resposta face às pessoas com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. Essa resposta tinha como finalidade a aceitação e a integração destas no meio socioprofissional (Associação Qe, 2018).

A sua origem remonta para 2003, onde nessa altura, com a designação de Quinta Essência – Projetos de Reabilitação para a Pessoa com Deficiência, Lda., a associação participou em atividades de intercâmbio, em conjunto com outros países - Dinamarca, Bélgica, Espanha - com a finalidade da troca de impressões entre os vários elementos participativos, acerca das possibilidades futuras de indivíduos com DID (Associação Qe, 2018). Assim, após terem conhecido vários locais nos diversos países e pensado e debatido sobre várias questões, o grupo de responsáveis pelo projeto criou uma ideia base, para mais tarde ser posta em prática, consistindo esta em vários aspetos: toda a estrutura, bem como o seu recinto deveriam funcionar como uma espécie de sala de *snoezelen* em ponto grande, favorecendo assim a estimulação e integração multissensorial destes indivíduos (facilmente percebida a ideia através da observação de uma área ampla, inúmeros espaços verdes, instalações com paredes em vidro, entre outros); a forma e a estrutura dos espaços deveriam ser previamente pensados antes de serem contruídos, tendo em conta todas as suas adaptações, de forma a facilitar as funções que cada um iria acarretar e; por último, foi de especial interesse que esta associação estivesse localizada dentro de uma “pequena comunidade”, visando promover a integração futura destes indivíduos, tal como foi explicado pelo Dr. Miguel Mata (comunicação livre, 17 de outubro, 2018).

Posto isto, no ano de 2006, a Associação Qe abriu as portas, dando início à entrada de clientes no Centro de Desenvolvimento e Residências (Associação Qe, 2018).

Por fim, em 2009, a associação alterou o seu nome para Associação Qe, uma Nova Linguagem para a Incapacidade e no final desse mesmo ano, tornou-se uma Instituição Particular de Solidariedade Social (Associação Qe, 2018).

I.1.1 Missão

A Associação Qe tem como missão maximizar a autonomia e a integração social de pessoas com dificuldade intelectual e desenvolvimental, de idade igual ou superior a 16 anos (Associação Qe, 2018).

Indo ao encontro da promoção de um desenvolvimento humano saudável, esta associação tem como foco principal a criação de relações individualizadas e significativas, contribuindo ativamente as famílias para este processo, como redes naturais e sociais de suporte (Associação Qe, 2018).

I.1.2 Equipa Técnica

A Associação Qe engloba uma equipa multidisciplinar, que se divide em diversas áreas, sendo elas: a Direção de *Centro de Investigação e Desenvolvimento* (CID), onde se encontram as questões relativas aos estágios, voluntariados e novos projetos; a Direção Técnica de *Centro de Atividades Ocupacionais*, da qual faz parte a equipa técnico-pedagógica; a Direção Técnica do *Lar Residencial*, onde se encontra a equipa técnico-pedagógica do lar residencial; a *Direção da Área de Logística, Administrativa e Financeira* e, por fim, a área responsável pela angariação de fundos, comunicação e *marketing*. Todas estas áreas se encontram no Organograma da Equipa Técnica, bem como as suas inter-relações e subdivisões (consultar [Anexo A – Organograma da Equipa Técnica da Associação Qe](#)), facilitando assim a sua compreensão (Associação Qe, 2018).

Uma vez que foi com a equipa técnico-pedagógica que se estabeleceu um maior contacto ao longo de todo o tempo de estágio, é importante conhecer como esta se subdivide e quais são os especialistas que a representam. Atualmente, existem 16 profissionais que fazem parte desta equipa: nove educadores titulares, onde se encontram profissionais das áreas de psicomotricidade, terapia ocupacional, ciências da educação, educadores de ateliers (e.g.: de restauração e jardinagem) e sete educadores de apoio. Esta equipa reúne-se semanalmente para reuniões operacionais e reuniões de casos, tal como foi explicado pela orientadora local Rita Carvalho (comunicação pessoal, 23 de outubro, 2018).

I.1.3 A Associação Qe

A Associação Qe consiste numa ampla quinta, tendo por isso, inúmeros espaços verdes, onde se encontram dispersos vários ateliers, um canil, uma estufa e um lar residencial.

Todas estas instalações têm diferentes propósitos e objetivos bem definidos, no entanto, todos vão ao encontro da promoção de conforto e bem-estar dos clientes, técnicos e familiares. Relativamente aos espaços, existem alguns que merecem especial destaque, sendo eles: o CID, o Lar Residencial e o CAO (Associação Qe, 2018), que serão explicados de seguida:

- **CID:** é uma secção que entrou em funcionamento em 2018 e corresponde ao espaço onde estão centralizadas todas as parcerias científico-tecnológicas (estágios, voluntariados) e projetos desenvolvidos, tendo como objetivos planejar, organizar, liderar, coordenar e controlar as atividades de investigação, desenvolvimento, inovação e qualidade da Associação (Associação Qe, 2018). Assim, nesta secção são elaboradas parcerias com faculdades e associações, como a Faculdade de Motricidade Humana, o Instituto Superior de Psicologia Aplicada, a *Heritage Counseling Clinic* e o Serviço de Voluntariado Europeu, de onde todos os anos vêm novos estagiários e voluntários (nacionais e internacionais) que integram a instituição (Associação Qe, 2018).
- **Lar Residencial:** é um espaço onde se pretende que os clientes residentes desenvolvam um conjunto de competências relacionadas com a funcionalidade ao nível da alimentação, do vestuário, da higiene pessoal, das atividades da vida diária e da autossuficiência na comunidade, em ambiente familiar. Neste momento existem 24 clientes a frequentar a residência, sendo que 23 também frequentam o Pólo Pedagógico durante o dia, tal como transmitido pelo Dr. Miguel Mata (comunicação livre, 17 de outubro, 2018).
- **CAO:** tem como objetivo promover autonomia, integração e dignidade das pessoas com DID. Estes objetivos são conseguidos, tendo como filosofia o modelo pedagógico *Gentle Teaching*, que defende que a base das necessidades do ser humano se encontra nos sentimentos (Associação Qe, 2018). De forma a esclarecer melhor o leitor, este modelo estará descrito de forma detalhada mais à frente no presente documento.

Relativamente ao CAO, existem várias intervenções que são da sua responsabilidade, passando a ser explicadas de seguida com maior pormenor, uma vez que praticamente todas estas foram experienciadas pela estagiária no seu período de estágio.

- **Atividades:** as atividades têm como objetivo o desenvolvimento holístico da pessoa nas diversas áreas. Estas são selecionadas consoante as preferências do indivíduo. Existe um enorme leque de atividades, como música, dança,

- psicomotricidade, terapia ocupacional, relaxação, atividade motora adaptada, desportos coletivos, animais, horta, entre outros.
- **Projetos:** estes projetos contam com a participação de educadores titulares de várias áreas que, em conjunto com os clientes, desenvolvem capacidades e contribuem para o enriquecimento da experiência pessoal de cada um:
 - Como exemplo destes projetos, existe o “Projeto Doces e Salgados”, onde são preparados vários bolos e salgados, sendo que os clientes participam em todas as etapas;
 - o “Projeto Ginástica é Qe”, em que um grupo de clientes elabora uma coreografia durante o ano, que mais tarde é apresentada em vários concursos, a nível nacional, implicando uma deslocação a vários locais do país e possibilitando toda uma experiência de coesão entre o grupo e interação com outros;
 - o “Projeto Chás”, onde os clientes preparam chás para depois vender ao público, entre outros.
 - **Experiências de Inserção Socioprofissionais (EISP):** alguns dos clientes usufruem de uma experiência socioprofissional do seu interesse, em que através de parcerias realizadas com a comunidade local os clientes se deslocam pelo menos uma vez por semana, para realizarem funções das respetivas áreas e poderem assim estar inseridos no meio profissional e comunitário (como é o caso de restaurantes, supermercados, clínicas, colégios, entre outros, localizados perto da Associação Qe), tendo sido explicado pela orientadora local Rita Carvalho (comunicação pessoal, 23 de outubro, 2018);
 - **Atividades externas:** como é o caso da equitação, rugby, natação, snoezelen, taekwondo e dança criativa Quorum Ballet sendo estas realizadas em diversos locais fora da instituição, como foi transmitido pela orientadora local Rita Carvalho (comunicação pessoal, 23 de outubro, 2018);
 - **Passeios ao exterior:** a pé ou de transportes, realizados todas as semanas a vários locais da comunidade como cafés, supermercados ou shoppings com o principal objetivo de promover competências pessoais e sociais de alguns clientes, tal como foi dito pela orientadora local Rita Carvalho (comunicação pessoal, 23 de outubro, 2018);
 - **Intercentros:** que consiste em encontros entre várias instituições (são à volta de 30) pertencentes ao distrito de Lisboa, sendo que cada uma fica responsável por dinamizar uma ou mais atividades ao longo do ano letivo, com o objetivo de

promover a interação e o convívio entre os vários clientes das diferentes instituições. A atividade da Associação Qe é conhecida por “Comandos Qe” e este ano será orientada pelas psicomotricistas Bianca Duarte e Rita Carvalho, tal como foi esclarecido por esta última (comunicação pessoal, 23 de outubro, 2018);

- **Parcerias com outras instituições:** onde existe um “acordo” entre algumas instituições, na medida em que a Associação Qe pode utilizar gratuitamente determinados espaços (e.g. snoezelen, ginásio) durante todo o ano, sendo que as outras instituições usufruem também de espaços da Qe, como foi esclarecido pela orientadora local Rita Carvalho (comunicação pessoal, 23 de outubro, 2018).

Como já foi realçado anteriormente, um dos principais objetivos desta associação é promover a integração e a autonomia dos seus clientes na comunidade, nos diferentes domínios (Associação Qe, 2018). Assim, e tendo em conta a análise das várias atividades explicadas anteriormente, é facilmente visível que estas possibilitam o sucesso do objetivo referido.

De referir ainda, que o processo de “agrupamento” dos clientes nas diferentes atividades, é constituído por indivíduos de diferentes idades e capacidades. Acredita-se que trazia uma série de benefícios mútuos, no sentido em que, em cada grupo, os indivíduos com mais capacidades desenvolvem sentimentos de responsabilização, liderança e autoestima, e aqueles com menos capacidades, observam os outros, tentando imitá-los. A constituição dos grupos não é fixa, mas sim rotativa, uma vez que cada cliente define o seu horário. Dada esta rotatividade, um cliente, na mesma semana tem grupos diferentes consoante as atividades escolhidas. Esta dinâmica permite que os clientes possam interagir uns com os outros.

I.1.4 Avaliação para a admissão

Neste tópico será explicado como funciona o processo de admissão de clientes na Associação Qe, estando baseado numa avaliação do perfil de competências do indivíduo. É algo que merece ser explicado detalhadamente, uma vez que corresponde ao início do percurso de todos os clientes que fazem parte da associação.

Este processo é iniciado através do contacto dos familiares e/ou cuidadores interessados com a Qe, mais concretamente com o Serviço Social, que depois reporta para a Diretora Técnico-Pedagógica (caso haja interesse em frequentar o CAO) ou para a Diretora da Residência (caso haja interesse em frequentar a residência). Primeiramente, é necessário saber qual é a resposta que o cliente necessita, e caso esta corresponda às condições satisfeitas pela Associação Qe, então é agendado um encontro (uma manhã ou uma tarde) entre uma das diretoras, os cuidadores e o cliente para vir conhecer a

instituição. É realizada então uma pré-avaliação ao indivíduo, sendo que enquanto este “fica no terreno”, participando nas atividades em conjunto com os restantes, os cuidadores reúnem-se com uma das diretoras para uma entrevista estruturada (percurso educativo, medicação, gostos, entre outros). Terminada esta fase, é elaborado um relatório denominado Plano Individualizado de Transição (PIT), onde estão detalhadas as suas competências funcionais, sendo fundamental o parecer de toda a equipa técnica juntamente com o da direção. Caso o cliente não possa frequentar a associação, este é sempre encaminhado para outros locais (ocorre em casos onde existem défices sensoriais graves associados, uma vez que a associação não pode dar resposta a estes casos), tal como foi explicado pelo Dr. Miguel Mata (comunicação livre, 17 de outubro, 2018).

Todos os clientes dispõem de um Programa de Desenvolvimento Individualizado (PDI) que é elaborado pouco depois da sua entrada para a Qe, em conjunto com o próprio cliente, a respetiva família, a diretora e o responsável de caso, para que se estabeleçam objetivos. Esses mesmos objetivos são monitorizados pelo menos uma vez por ano, como foi transmitido pelo Dr. Miguel Mata (comunicação livre, 17 de outubro, 2018).

I.1.5 Plano estratégico da área pedagógica

É fundamental que existam linhas orientadoras em qualquer instituição, de forma a que se torne claro para todos quais são os objetivos a desenvolver durante um ano letivo. Segundo a Associação Qe (2018), são estas as orientações definidas para a área pedagógica, referentes ao ano letivo 2018/2019:

- Consolidar o trabalho desenvolvido no âmbito da promoção dos processos de melhoria contínua;
- Fortalecer e aprofundar as parcerias técnico-pedagógicas;
- Aumentar a integração e a participação dos clientes na comunidade;
- Aumentar a visibilidade do trabalho desenvolvido pelos clientes;
- Fomentar a saúde, a atividade física e redução do sedentarismo;
- Promover o envelhecimento ativo e a qualidade de vida dos clientes.

Analisando sucintamente cada objetivo, é fácil perceber que o trabalho da estagiária contribui ativamente para a concretização destes, como se irá verificar mais adiante.

I.1.6 Filosofia: *Gentle Teaching*

O modelo de *Gentle Teaching*, inicialmente desenvolvido pelo Dr. John J. McGee, foi criado como resposta à insatisfação das formas tradicionais de gestão do comportamento em pessoas com DID e/ou que exibiam problemas de comportamento severos (McGee et al., 1987).

McGee et al. (1987) sugerem que o facto de se realizarem programas de mudança de comportamento face a alguém, usando a punição como principal estratégia, é visto como “desumano” para o próprio técnico, pois força a que este assuma uma posição de autoridade ou de poder – indo contra o paradigma do *Gentle Teaching* - em vez de permitir que haja um estabelecimento de objetivos em conjunto, em que o técnico apenas ajuda e/ou aconselha o cliente.

A explicação que os defensores do *Gentle Teaching* encontraram para a exibição de comportamentos disruptivos por parte destas pessoas, foi que estas não conseguiram desenvolver ligações de afeto com o outro durante a sua infância, constituindo essas ligações a base para a aprendizagem de comportamentos desejáveis (McGee et al., 1987). Estes autores fazem um paralelismo com uma falha nas necessidades básicas relacionadas com o amor e pertença, necessidades pertencentes à *Hierarquia das Necessidades de Maslow*.

Assim, o *Gentle Teaching* assenta na psicopedagogia da interdependência humana e consiste num modelo de intervenção relacional que privilegia o desenvolvimento de relações humanas significativas e individualizadas, entre ambas as partes (McGee et al., 1987).

Como já foi dito anteriormente, é este o modelo pedagógico seguido pela Associação Qe, e no qual também a estagiária se baseou para realizar as suas intervenções. Nesta associação, o *Gentle Teaching* é o percurso de vida profissional dos técnicos e assenta no pressuposto de que quando o técnico está 100% dedicado ao indivíduo, 80% dessa dedicação corresponde à empatia que é estabelecida entre os dois e apenas 20% corresponde à técnica propriamente dita, isto é, aos métodos e estratégias utilizados durante a relação (Associação Qe, 2018). Através de uma relação empática, a aprendizagem decorre de uma forma natural e com vontade, facilitando o alcance de objetivos (Associação Qe, 2018).

Para uma melhor compreensão, o modelo do *Gentle Teaching* centra-se na criação de vínculos significativos entre os técnicos e/ou cuidadores e estas pessoas (McGee, 2019). Sendo assim, e de modo a que esses vínculos sejam estabelecidos é necessário que se vá ao encontro dos quatro pilares de suporte que definem a estrutura do *Gentle Teaching*, sendo estes (McGee e Brown, 2014; McGee, 2019):

segurança: deve ser desenvolvida, de forma incondicional, uma relação segura com o outro de forma a que a sua presença lhe transmita confiança, em qualquer momento (mesmo em momentos de frustração ou de medo);

- *ser amado*: denotar um sentido de preocupação pela pessoa, mostrando que esta será “cuidada”, protegida e amada por outra, tal como ela é. Esta faz parte de uma comunidade e tem a possibilidade de estar com outros que a valorizam, tal como ela valoriza cada um;
- *amar*: devem existir atitudes e comportamentos para que a qualidade de vida seja enriquecida, através de experiências e da compreensão de sentimentos positivos;
- *compromisso/ vinculação/ envolvimento*: o desenvolvimento pessoal e profissional do cuidador não deve querer simplesmente mudar o outro, mas sim construir um processo de desenvolvimento mútuo e interdependente, em que a pessoa tem como responsabilidade inicial dar o primeiro passo e convidar outro a criar uma relação (McGee e Brown, 2014).

Durante o desenvolvimento destes quatro pilares, e para que estes sejam conseguidos de forma natural e significativa, é importante que o técnico e/ou cuidador utilize determinadas “ferramentas” facilitadoras, correspondendo estas à sua presença, ao seu toque (mãos), às suas palavras e ao seu olhar (olhos) e que serão descritas de forma breve (McGee e Brown, 2014; McGee, 2019):

- *Presença*: é fundamental que esta seja forte e que transmita sinais de amor, carinho e segurança;
- *Mãos*: o toque do cuidador/técnico deve ser realizado cuidadosamente, de forma a contribuir e reforçar os sentimentos de pertença e confiança no cliente;
- *Palavras*: permitem que haja a transmissão de mensagens de apoio, respeito e carinho;
- *Olhos*: o olhar reforça todas as outras ferramentas, possibilitando envolvimento, carinho e consolação por parte do técnico.

Relativamente às estratégias utilizadas por este modelo, a mais utilizada consiste no paradigma: *Ignorar – Redirecionar – Recompensar* (McGee et al., 1987). Este processo ocorre de forma dinâmica e por isso os componentes não são utilizados separadamente. Sendo assim, *ignorar*, significa que perante um comportamento impróprio ou uma resposta indesejada, o cuidador ou técnico adota uma posição quase passiva, não dando importância ao que aconteceu (McGee et al., 1987). Desta forma, deve existir pouco contacto ocular e o contacto físico deve ser mínimo, desde que se esteja ciente que a segurança do mesmo ou de outros não esteja comprometida; caso esteja, é necessário que se proceda a uma interrupção do comportamento, no entanto tentando evitar-se a punição ou a imobilização do cliente – o objetivo é quebrar o comportamento e não o intensificar (uma vez que perante essas estratégias a tendência da pessoa é de revolta,

levando a uma maior agitação). A segunda fase do paradigma, segundo os autores, consiste em *redirecionar* - e é o principal componente, - significando orientar o indivíduo para outras tarefas de cariz recompensador, utilizando pistas mínimas, como formas de comunicação não verbal, preferencialmente (e.g. toque, olhar ou gestos). Após esta intervenção, surge a última fase – *recompensar*, - onde se tenta que o indivíduo volte ao local de início, restabelecendo-se a sua participação e interação, para que mais tarde atinja a recompensa da interação humana e o sentimento de pertença e de envolvimento (McGee et al., 1987).

Para além desta estratégia, existem outras que o *Gentle Teaching* também faz referência, tais como: “*interromper-ignorar-redirecionar-recompensar*”; controlo ambiental e de estímulos; modelagem e enfraquecimento; aprendizagem feita em silêncio; assistência e recompensa. Todas estas estratégias surgem em alternativa à punição, face a comportamentos disruptivos (McGee et al., 1987; Jones e McCaughey, 1992).

A estratégia “controlo ambiental e estímulos” também é de especial interesse no *Gentle Teaching*, uma vez que determinados componentes do meio envolvente podem contribuir como um fator de risco para uma possível interrupção. Desta forma, o técnico deve organizar o envolvimento o melhor possível (Jones e McCaughey, 1992).

Com o estabelecimento e a fortificação das relações, há um conhecimento holístico dos indivíduos, de todos os seus comportamentos de agrado ou desagradado. Assim, há também uma facilidade por parte dos técnicos na deteção dos sinais precoces de cada um antes de um possível comportamento disruptivo, levando-os a realizar mecanismos de controlo ou de evitamento da situação de forma a que essa seja eliminada o mais precocemente (Jones e McCaughey, 1992).

De salientar ainda que o *Gentle Teaching* dá importância ao facto de se estabelecerem relações significativas na vida das pessoas com DID. Uma vez que estas têm maior probabilidade de apresentarem comportamentos disruptivos, é fundamental que sejam desenvolvidas relações interdependentes, entre estes e os técnicos e/ou cuidadores (McGee et al., 1987).

I.2 Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental

No presente capítulo será elaborada uma caracterização da população-alvo apoiada na Associação Qe. Dado que esta associação dá resposta a jovens adultos e adultos com DID, será esta a perturbação apresentada, começando por abordar a sua definição, etiologia e prevalência, classificação e as suas características. Também se encontram descritos temas pertinentes (e alguns não consensuais), associados à população em foco.

I.2.1 Definição

Apesar das mudanças constantes relativamente à terminologia correta face às pessoas com deficiência, os autores especialistas nesta temática ainda não encontraram um conceito que não gere controvérsia (Albuquerque, 2000; Polloway, Patton, Smith, Antoine e Lubin, 2009). A discussão continua, uma vez que parece existir uma impossibilidade de se reduzir apenas num conceito, todo o espectro de variabilidade interindividual existente (Albuquerque, 2000). No entanto, há um termo que se destaca (sendo por isso o utilizado atualmente) – DID, – uma vez que parece refletir o paradigma da atualidade nos vários níveis (ao nível do constructo, classificação e práticas atuais). Este termo, para além de submeter o leitor para um conceito muito menos pesadoso e estigmatizante, também tenta modificar o seu próprio pensamento o que, conseqüentemente, leva a uma mudança no tipo de intervenções, bem como a criação de expectativas mais positivas, passando a olhar para os indivíduos com dificuldades como cidadãos com um papel ativo na sociedade (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012).

Assim, a definição de DID, proposta em 2007, pela Associação Americana para as DID (AAIDD), caracteriza-se pela existência de limitações significativas no que diz respeito ao intelecto (aprendizagem, resolução de problemas e raciocínio) e comportamento adaptativo que podem ser expressos em três domínios – conceptual, social e prático, – manifestando-se antes dos dezoito anos de idade (Schalock et al., 2007).

Esta mudança de paradigma veio substituir a perspectiva absolutista e estática, de que o indivíduo era reduzido à sua dificuldade, para se centrar numa perspectiva ecológica e desenvolvimentista, que dá ênfase à relação sujeito-contexto, sugerindo a necessidade de uma análise detalhada entre a interação do sujeito e as características e exigências do envolvimento (Morato e Santos, 2007). Esta interação pode ter mais ou menos qualidade, dependendo do tipo e intensidade de apoios existentes, uma vez que é através da aplicação sistemática de apoios individuais e adequados, que existe uma maior adaptabilidade do indivíduo na comunidade (Schalock et al., 2007; Thompson et al., 2009; Luckasson e Schalock, 2013).

I.2.2 Etiologia e Prevalência

A **etiologia** da DID é de natureza multifatorial, uma vez que depende de inúmeros fatores, que podem ser classificados segundo o seu tipo – biomédico, social, educativo e comportamental – e segundo a altura de ocorrência – pré-natal, perinatal e pós-natal, – importando ainda a relação destes ao longo do tempo (Schalock et al., 2012).

Relativamente aos fatores pré natais, estes podem ser doenças genéticas e anomalias cromossómicas, influências ambientais (e.g. exposição a toxinas), perturbações metabólicas (e.g. fenilcetonúria), alterações endocrinológicas, doenças degenerativas, malformações cerebrais congénitas e doenças maternas (Bandeira de Lima, 2015; Antunes, Paris, Fonseca, Mata e Dias, 2018); os fatores perinatais relacionam-se com hipoxias, prematuridade, hemorragias intraventriculares e infeções no sistema nervoso central (SNC) e os fatores pós natais podem estar relacionados com hemorragias, infeções, intoxicações, exposição a tóxicos (Bandeira de Lima, 2015), malnutrição e privação social grave e crónica (Bandeira de Lima, 2015; Greenspan, Harris e Woods, 2015).

Assim, os fatores biomédicos/ genéticos resultam de malformações nos genes, má nutrição (Schalock et al., 2010) e alterações ao nível do SNC) (Hocking, Pearson e McNeil, 2013); os fatores sociais relacionam-se com os comportamentos que ocorrem a nível social e familiar (Schalock et al., 2010), como falta de estimulação por parte dos pais ou estatutos socioeconómicos deficitários (Hocking et al., 2013); os fatores educacionais relacionam-se com o acesso da criança aos apoios educativos que influencia, posteriormente, o seu comportamento adaptativo e desenvolvimento cognitivo (Harris, 2010; Schalock et al., 2010) e os fatores comportamentais relacionam-se com os comportamentos negativos dos progenitores e que, conseqüentemente, afetam a criança, como é o caso dos abusos e/ou negligência familiar (Harris, 2010; Schalock et al., 2010).

Segundo Shevell (2008), as etiologias mais comuns, em cerca de $\frac{3}{4}$ dos diagnósticos avaliados foram: síndromes genéticas ou anomalias cromossómicas; asfixia perinatal; desenvolvimento atípico do cérebro; privação psicossocial na infância e exposição pré-natal a toxinas.

No estudo desenvolvido por Karam et al. (2016), com o objetivo de estudar a etiologia, prevalência e os determinantes da DID num grupo de crianças com quatro anos (n=195), os investigadores verificaram que as causas da DID mais frequentes estavam relacionadas com fatores ambientais (44.4%), genéticos (20.5%), idiopáticos (12.6%), sequelas neonatais (13.2%) e ainda outras doenças (9.3%). Uma das conclusões do estudo revelou que 40% das crianças tem DID devido a causas não-biológicas.

Antunes et al. (2018) refere que a causa da DID, nomeadamente, nos casos mais ligeiros, é impossível de reconhecer; no entanto, quanto maior for o défice, mais provável será conhecida a sua origem.

Segundo Bandeira de Lima (2015), pode dizer-se que a DID ligeira está associada em grande parte a fatores ambientais e menos a causas biológicas, ao contrário da DID

grave e profunda, que tem origem, na maior parte das vezes, em causas genéticas (graves defeitos genéticos cromossómicos).

Deste modo, é fundamental conhecer-se as causas da perturbação de modo a realizar-se um diagnóstico precoce e preciso que, para além de ajudar na compreensão do prognóstico, tornando mais claras e reais as expectativas dos pais e cuidadores (Barr e Millar, 2003; Shevell, 2008), tem um papel decisivo na intervenção, ao possibilitar a criação de planos/programas de intervenção individualizados que acabam por antecipar ou mesmo reduzir potenciais necessidades de apoio (Schalock et al., 2010). A investigação científica das diversas origens desta perturbação é determinante uma vez que quanto maior for o leque de informação sobre a temática mais estratégias e métodos existirão para o desenvolvimento de intervenções adequadas (Bessa, Lopes e Maciel, 2012).

Relativamente à **prevalência**, considera-se que a DID é uma das perturbações neurológicas mais comuns a nível mundial (Bergen, 2008). Estudos recentes realizados por Brookes (2016) e Karam et al. (2016) revelam que a população afetada por esta condição está entre 1 a 3%. Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua e Saxena (2011) revelaram que a DID ligeira é a mais frequente, surgindo em 85% dos casos (Harris, 2006; Bandeira de Lima, 2015). Esta perturbação ocorre independentemente da origem étnica, zona geográfica ou grupo socioeconómico, no entanto é mais provável que ocorra em mulheres grávidas com idades superiores a trinta e cinco anos (Bandeira de Lima, 2015) e em países de baixo e médio rendimento (Maulik et al., 2011). Já a nível nacional, Santos (2019) constata que as estatísticas são inexistentes, recomendando-se um maior enfoque nos próximos censos.

1.2.3 Classificação

O modelo de concetualização da DID criou uma mudança de paradigma face à definição e terminologia dos indivíduos com esta problemática (OMS, 2004; Thompson et al., 2009). Consequentemente, ajudou a que se repensassem nos apoios existentes, surgindo como um processo evolutivo que pressupõe uma avaliação dinâmica e interativa (Thompson et al., 2009). Esta abordagem caracteriza-se pela sua multidimensionalidade direcionada a todas as pessoas (OMS, 2004).

Assim, surge uma proposta de classificação que assenta não nas limitações intrínsecas das pessoas com DID, mas no tipo de apoios que estas precisam (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007, 2010; Thompson et al., 2004, 2009). Estes apoios consideram as preferências e necessidades individuais, sendo passíveis de mudar consoante as circunstâncias e pressupõe uma classificação diferente, baseada não nos défices, mas antes na necessidade de apoios, nomeadamente, no tipo, frequência e tempo

diário de apoio que a pessoa precisa (Thompson et al., 2009): *apoios intermitentes*, são esporádicos, descontínuos e precisos apenas em momentos específicos de transição do ciclo da vida da pessoa, podendo ser de alta ou baixa intensidade; *apoios limitados*, são consistentes no que diz respeito à intensidade, e estão relacionados com necessidades que exijam assistência durante curtos períodos de tempo, especialmente nos períodos críticos; *apoios extensivos*, são regulares, periódicos e precisos diariamente em certos contextos específicos (e.g. casa, escola, trabalho), e, por fim, *apoios pervasivos*, são permanentes e podem ser definidos pela sua constância e alta intensidade (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007, 2010; Thompson et al., 2004, 2009).

Esta classificação permite assegurar que os apoios vão ao encontro das características específicas da pessoa, objetivando uma relação de qualidade com o contexto e não apenas focado na pessoa em si, melhorando o funcionamento independente, os resultados pessoais e a qualidade de vida (Schalock et al., 2010).

1.2.4 Características

Apesar de toda a heterogeneidade entre os indivíduos com DID, existem um conjunto de características específicas, que se manifestam de diferentes formas, e com mais ou menos intensidade, ao nível dos domínios concetual, social e psicomotor (Harris, 2006; 2010), estando todos interligados reciprocamente (Santos, 2019). Estas características serão subsequentemente descritas de forma breve.

Ao **nível concetual**, os indivíduos com DID tendem a apresentar dificuldades na memória de trabalho, na planificação, na sequencialização de tarefas e antecipação causa-efeito, no pensamento abstrato e na resolução de problemas complexos e diários (American Psychiatry Association [APA], 2013; Schalock et al., 2012; Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher, 2010). Existe ainda uma menor plasticidade intelectual, um menor período de atenção sustentada e a necessidade de mais tempo para o processamento de informação (Blasi, Elia, Buono, Ramakers e Nuovo, 2007). Também apresentam dificuldades académicas (Borella, Carretti e Pelegrina, 2010), nomeadamente, ao nível da matemática (e.g. contagem, cardinalidade, operações matemáticas básicas) (Weis, 2014) e ao nível da leitura (observando-se na qualidade da interpretação e na descodificação fonológica) (Channel, Loveall e Conner, 2012; Diamond, 2013), que tendem a interferir na transferência de conhecimentos para a vida diária (Wenar e Kerig, 2006).

Ao **nível social**, estes indivíduos tendem a apresentar dificuldades na socialização, no estabelecimento de vínculos afetivos e manutenção de relações estáveis (Santos, 2010), acrescentando ainda Fisher, Griffin e Hodapp (2011) que estas relações tendem a ser mais propensas a conflitos, havendo também uma menor partilha de informações

personais. Segundo a APA (2013), as pessoas com DID caracterizam-se por terem relações sociais imaturas para a idade (tanto ao nível da comunicação, como da linguagem), têm dificuldades na gestão das emoções e do comportamento e, por vezes, têm uma fraca perceção do risco, em situações sociais. Vários autores acrescentam que existe uma maior dificuldade em demonstrar responsabilidade, cooperação, autorregulação comportamental (autocontrolo e conformidade), comparativamente com os seus pares (Rosin-Pinola, Del Prette e Del Prette, 2007; Santos e Morato, 2012).

Relativamente à linguagem, os indivíduos com DID tendem a apresentar dificuldades na comunicação verbal e não verbal, ao nível recetivo, integrativo e expressivo (Santos e Morato, 2012; Woolf, Woolf e Oakland, 2010) e um vocabulário pobre com limitações na síntese das ideias (Meuris, Maes e Zink, 2014; Santos e Morato, 2002;). Um estudo realizado por Ratz e Lenhard (2013) sobre a literacia de jovens com DID, concluiu que 30% dos jovens avaliados não sabiam ler nem fazer qualquer correspondência logográfica, no entanto, 32% sabiam ler, descodificando grupos de palavras.

No que concerne às atividades de vida diária (AVD), as pessoas com DID apresentam menos comportamentos adaptativos, tanto ao nível das tarefas de vida diária, como, em geral, em situações da vida adulta (APA, 2013; Belva e Matson, 2013; Santos e Morato, 2007). Nas tarefas de vida diária (Woolf et al., 2010) atividades como a higiene pessoal, a alimentação e o vestir e despir são apreendidas de um modo mais lento. No caso de tarefas relacionadas com a vida adulta, como o controlo e noção do dinheiro, noção de tempo e tomadas de decisão, também estas são de difícil aquisição (Belva e Matson, 2013). Quando comparadas AVD com tarefas relacionadas com a vida adulta, os autores mencionados anteriormente verificaram que estes indivíduos têm uma melhor facilidade em tarefas relacionadas com alimentação, vestuário e higiene pessoal, face a tarefas que envolvam noção de tempo e/ou de dinheiro.

Ao **nível psicomotor**, é maioritariamente observado que existe uma lentidão na maturação psicomotora das pessoas com DID (Blasi et al., 2007), que se reflete numa menor qualidade das execuções motoras básicas (Fonseca, 1995). Assim, estes indivíduos tendem a apresentar dificuldades tónicas, na lateralização, equilíbrio, somatognosia e praxias, revelando componentes de execução mais lentas e menos precisas, devido a limitações ao nível da expressão e do processamento (Fonseca, 2001). Gorla, Araújo e Carminato (2004) referem também que estes apresentam algumas dificuldades no desenvolvimento do esquema corporal, na organização espacial, no equilíbrio, na agilidade e ainda nas habilidades motoras finas (e.g. desenhar, escrever e manipular). Na estruturação espaciotemporal estes apresentam dificuldades especialmente na data e nas

horas e tendem a exibir uma fraca noção do espaço (Weis, 2014). O estudo de Rintala e Loovis (2013) permitiu verificar que a proficiência motora destes indivíduos estava significativamente abaixo, comparativamente com indivíduos sem DID.

Após esta breve contextualização acerca da perturbação, surgem, inevitavelmente, inúmeros temas que podem ser relacionados com a DID, temas inclusive que levantam alguma polémica, nesta população em específico: o envelhecimento, a qualidade de vida, a sexualidade, o diagnóstico duplo e as atitudes face às pessoas com DID. Dentro destes, a estagiária denotou a necessidade de abordar os últimos quatro.

O tema *qualidade de vida* surge da necessidade cada vez maior de se compreender a qualidade de vida desta população, algo que, até há uns anos, era um tema de pouca importância e por isso, raramente abordado. Por sua vez, o tema *sexualidade* advém, devido, não só à faixa etária existente na Qe – adultos, – como também, e principalmente, à média de idades dos clientes que fizeram parte dos grupos de intervenção da estagiária, uma vez que a maioria apresentava idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, idade esta onde a sexualidade se encontra mais ativa. Relativamente ao *diagnóstico duplo*, a pertinência de se abordar este tema surge na dúvida que existe em compreender se as pessoas com DID têm ou não mais alguma perturbação associada. Por último, a existência do tema *atitudes face às pessoas com DID* surge, para averiguar quais as “atitudes” e opiniões atuais, nos vários campos da sociedade, uma vez que é um tema com opiniões muito diversificadas e divergentes.

No final de cada tema encontra-se uma reflexão crítica relativa à própria experiência no contexto de estágio.

1.2.5 DID e Qualidade de Vida

Segundo a OMS (2004), a qualidade de vida (QV) refere-se ao que cada um sente relativamente à sua condição de saúde, tendo em conta a cultura em que está inserido e como encara os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, sendo assim vista como um constructo de “bem-estar subjetivo”. Schalock et al. (2007) acrescentam que a QV se relaciona com sentimentos de bem-estar, de envolvimento social positivo e com oportunidades que possam reforçar o desenvolvimento pessoal do indivíduo.

A sociedade atual tem dado cada vez mais importância à QV e ao bem-estar de todos os indivíduos, inclusivamente, dos indivíduos com DID (Simões e Santos, 2013). Deste modo, é fundamental avaliar e contextualizar a QV das pessoas com DID para se compreenderem, não só, quais são as suas necessidades e prioridades, como também, para se ajustar os serviços e apoios individualizados (Custódio e Santos, 2011).

A QV destes indivíduos está inteiramente ligada aos conceitos de igualdade de oportunidades, o que significa que a pessoa está completamente integrada na comunidade e ao conceito de autodeterminação, permitindo a tomada de decisões, a escolha e até o controlo da sua própria vida (Cummins, 2005; Schalock et al., 2012; Verdugo, Schalock, Keith e Stancliffe, 2005;).

Assim, o conceito de QV reflete quatro princípios (Verdugo et al., 2005; Verdugo, Navas, Gomez e Schalock, 2012):

1 – Abrange o nível em que as pessoas experienciam vivências que valorizam (Cummins, 2005; Schalock e Verdugo, 2007);

2 - Reflete os domínios que contribuem para uma vida completa e interrelacionada (Schalock e Verdugo, 2007);

3 - Considera os contextos físico, social e cultural que são importantes para a pessoa (Cummins, 2005; Schalock e Verdugo, 2007; Wang, Schalock, Verdugo e Jenaro, 2010);

4 - Inclui as medidas das experiências comuns (Schalock e Verdugo, 2007; Claes, Van Hove, Van Loon, Vandeveldde e Schalock, 2010; Verdugo et al., 2012; Wang et al., 2010; Schalock et al., 2012) a todos os seres humanos (objetivas) e aquelas que são pessoais (subjetivas).

Estatísticas revelam que nos países ocidentais, cerca de metade dos adultos com défices cognitivos vive em casa dos pais (Antunes, 2018). Esta dependência surge devido à inadaptabilidade dos seus comportamentos, a nível social e interpessoal, nomeadamente, na tomada de decisões, uma vez que há uma dificuldade em encontrar soluções adequadas para novas situações do quotidiano (Antunes, 2018).

Na Associação Qe...

Durante o período de estágio, houve oportunidade de se observar de perto a rotina de muitos clientes (chegando a fazer-se parte desta). Deste modo, a estagiária apercebeu-se da preocupação demonstrada pela QV destes, em momentos distintos. Encontram-se descritas, de seguida, algumas situações consideradas pertinentes:

- Sempre que entrava um novo cliente na instituição, era realizada uma reunião com a técnica responsável, com os cuidadores e com o próprio cliente, elaborando-se um horário personalizado, com o objetivo de ir ao encontro dos seus interesses e preferências (ou seja, se o cliente gostar de atividades ao ar livre, no seu horário encontrar-se-ão, possivelmente, atividades realizadas no exterior, como “Caminhadas”, “Horta” ou “Animais”);

- Caso o cliente tenha oportunidades e competências para realizar uma EISP, este pode escolher de entre um leque de possíveis experiências profissionais de diferentes áreas (ou seja, se a cliente X demonstrar interesse por descascar alimentos, então, provavelmente, será inserida numa EISP relacionada com a restauração);
- Na maioria das vezes, dentro de uma atividade específica, os clientes tinham autonomia para decidir o que fazer de entre um conjunto de possíveis tarefas (e.g. numa atividade de culinária, existem tarefas como ler a receita, untar a forma, juntar os ingredientes, amassar a massa, ligar o forno, desenformar, entre outros, sendo que cada cliente será responsável por desempenhar pelo menos uma tarefa);
- Pelo menos uma vez por semana, os clientes deslocavam-se a instituições públicas (centros comerciais, supermercados, cafés), onde, chegando ao local, podiam escolher o que fazer e/ou o que comprar caso assim o desejassem. Em alguns casos, esse dinheiro advinha como fruto do seu trabalho (EISP);
- A filosofia utilizada na instituição - *Gentle Teaching*, - é um modelo de intervenção relacional que tem como pilares o afeto e a construção de uma relação empática entre os técnicos e clientes, o que também acabava por proporcionar uma melhor qualidade de vida a estes.

Com base nestes pontos descritos, e positivos, pode ser verificado que esta instituição funciona privilegiando as necessidades e prioridades dos indivíduos. Assim, pode ser reconhecida como uma instituição de referência para pessoas com DID.

I.2.6 DID e Sexualidade

O tema da sexualidade nas pessoas com DID tem despoletado alguma controvérsia aos níveis individual, social e político (Dukes e McGuire, 2009), nomeadamente em tópicos como o desenvolvimento da identidade sexual, a expressão sexual e as relações sexuais entre estas pessoas (Frawley e Wilson, 2016). Há inclusivamente, fortes evidências de que os valores, atitudes e ações relativas a este tópico têm sido, na maior parte das vezes, conservadoras e desfavoráveis, dando origem a formas de agir restritas e limitadas (Frawley e Wilson, 2016). Estas atitudes e opiniões podem diferir consoante o nível de dificuldade do indivíduo (Cuskelly e Gilmore, 2007).

Um estudo de Evans, McGuire, Healy e Carly (2009) que diz respeito à opinião dos cuidadores informais (familiares) e formais (equipas das instituições e serviços) acerca da sexualidade e relações amorosas das pessoas com DID, concluiu que os cuidadores informais preferem que estes tenham relações de baixos níveis de intimidade, ao contrário dos cuidadores formais, que apoiam relações íntimas e o casamento.

Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) de 2006, direitos como uma boa saúde sexual, segurança nas relações amorosas e a existência de uma vida íntima e social com significado foram direitos discutidos e aprovados. No entanto, e quando, por vezes, é necessário colocar em prática, as pessoas com DID denotam pouco apoio, compreensão por parte da comunidade e falta de informação e oportunidades para aprender e explorar.

Evans et al. (2009) referem que é fundamental que os cuidadores – formais e informais – estejam informados e consciencializados acerca dos assuntos que dizem respeito à sexualidade das pessoas com DID, no sentido de as apoiar, acabando por contribuir para a promoção da sua QV, neste campo em específico.

Deste modo, surge uma necessidade imperativa de se definirem, não só objetivos concretos sobre este assunto relativamente às pessoas com DID com base em informação científica, como também pô-los efetivamente em prática (Frawley e Wilson, 2016; Schaafsma, Kok, Stoffelen e Curfs, 2017). Um dos objetivos corresponde à implementação de mais e melhores programas de educação sexual para pessoas com DID, tornando-os mais intensos, com uma maior simplicidade na transmissão da informação e abrangendo uma maior variedade de assuntos que dizem respeito à sexualidade, desde ter relações online, impacto dos media ou mesmo a parentalidade (Schaafsma et al., 2017). Frawley e Wilson (2016) referem que já começam a surgir estudos sobre os benefícios desses programas.

Na Associação Qe...

Como em qualquer outro local, existem alguns clientes que têm relações amorosas, relações estas com ou sem contacto físico.

Existe liberdade para que os clientes explorem a sua sexualidade, em locais privados. Dentro do lar residencial os clientes têm orientação para ter relações sexuais, caso os seus cuidadores também estejam de acordo e se a relação destes fosse estável (já com um tempo duradouro).

Existem, contudo, clientes que, por vezes, têm comportamentos sexualmente inapropriados. Alguns dos clientes manifestam particular interesse por determinados elementos da instituição (e.g.: técnicos, monitores).

Relativamente às particularidades exclusivas do sexo feminino, algumas clientes com menos autonomia, foram sujeitas a intervenções cirúrgicas, nomeadamente, histerectomias (remoção do útero) e laqueação de trompas para evitar o surgimento da menstruação. Face a esta intervenção, não foi possível confirmar se as clientes deram o

consentimento para essas intervenções. Existiam ainda casos de clientes que utilizavam a pílula contraceptiva e havia ainda outras que não utilizavam qualquer tipo de medicação contraceptiva, implicando assim, todo o tipo de cuidados inerentes nessa fase do mês.

1.2.7 DID e Diagnóstico Duplo

É sabido, através da literatura, que a população com DID apresenta uma taxa significativamente superior em relação a perturbações do foro psiquiátrico do que os seus pares com desenvolvimento típico, destacando-se a maior tendência para comportamentos desafiantes, depressão, perturbação da ansiedade generalizada e esquizofrenia, tanto em crianças como em adultos (Fletcher, Loschen, Stavrakaki e First, 2007; Harris, 2010), o que contribui para acentuar ainda mais as dificuldades no funcionamento adaptativo (Harris e Greenspan, 2016). Há mesmo referência de que 20 a 70% dos casos com DID tendem a apresentar comportamentos desafiantes ou critérios no âmbito das perturbações psiquiátricas (Barnhill e McNelis, 2012). Deste modo, muitos autores se têm vindo a interrogar face a esta “suposta” relação direta entre desregulações emocionais e de conduta, enquanto consequência de um diagnóstico de DID ou no facto de um diagnóstico de DID pressupor, necessariamente, a presença de uma doença mental (Harris, 2010; Barnhill e McNelis, 2012).

Para Flecher et al. (2007) há uma hipótese de que exista uma coocorrência, todavia, para além de não existir um diagnóstico psiquiátrico apropriado (uma vez que a capacidade de participação durante a avaliação clínica muitas vezes, se encontra comprometida), também não há forma de identificar se o diagnóstico de DID, ao aparecer muito cedo, se sobrepõe ao diagnóstico das perturbações psiquiátricas associadas, fazendo com que estas últimas nunca sejam identificadas.

Assim, utiliza-se o termo “diagnóstico duplo”, referindo-se à coexistência de DID e perturbações de saúde mental (Morgan, Leonard, Bourke e Jablensky, 2008; Werner e Stawski, 2011).

Relativamente às perturbações de saúde mental, estas podem ser caracterizadas por dificuldades na capacidade de resolução de problemas e gestão de conflitos, nos momentos do quotidiano da pessoa, afetando, notoriamente, a sua funcionalidade e QV (Kitchener, Jorm, Kelly, Pappas e Frize, 2010). Pessoas com diagnóstico duplo manifestam uma conduta agressiva, comportamentos de autoagressão e antissociais, perturbações de humor, distanciamento e maneirismos idiossincráticos (Morgan et al., 2008).

Face a estas características, o indivíduo está sujeito a uma intervenção, que, na maioria das vezes, é realizado através da psicofarmacologia (Haw e Stubbs, 2010). É um facto que as pessoas com DID tendem a ser o grupo mais medicado na sociedade (Matson

e Boisjoli, 2009), tomando inclusive medicamentos sem data de término (Yen, Lin, Loh, Shih e Hsu, 2009). Os medicamentos psicotrópicos, nomeadamente, os antipsicóticos, são considerados um tratamento importante para muitas destas características, no entanto, um fator de risco associado está no possível desenvolvimento de uma série de efeitos secundários (Barnhill e McNelis, 2012). Deste modo, segundo a Norma da Direção Geral de Saúde (2011), é conhecido que os antipsicóticos podem despoletar efeitos secundários, como distonia aguda (contrações musculares involuntárias), acatísia (inquietação motora), discinésia tardia, visão turva, aumento da pressão intraocular, convulsões, sedação, efeitos cardiovasculares, entre outros.

Surge assim uma ambiguidade face à farmacologia, exibindo, por um lado, um papel de auxílio na diminuição de comportamentos disruptivos e de conduta, mas, por outro, originando efeitos secundários prejudiciais ao bem-estar do indivíduo, tanto a curto, como a longo prazo (Matson e Mahan, 2010).

Na Associação Qe...

Tal como referido na literatura, foi observado, em diversas situações, e por vários clientes, comportamentos agressivos (a si próprios ou relativamente a outros), depressivos, alterações de humor e desregulações emocionais.

Podem ser descritos alguns dos episódios (nomes fictícios): o Zé, quando contrariado, tinha como reação gritar, auto mutilar-se (mordendo-se) e, posteriormente, caminhar para a direção oposta das pessoas, afastando-se. No caso do Daniel, este apresentava alterações de humor, o que, por vezes, originava “crises” (designação escolhida pela equipa da instituição), momentos estes que podiam acontecer com mais ou menos frequência (ocorrendo com um espaçamento máximo de aproximadamente dois meses ou ocorrendo de forma diária). Essas crises eram caracterizadas por aparentar uma expressão muito séria, com sinais de ansiedade, tiques, chegando este mesmo a agarrar alguém (técnico ou cliente), agressivamente, não o largando, até ser necessário intervenção de uma terceira pessoa. Relativamente à Carla, apresentava uma alternância de humor diária: num dia, encontrava-se sossegada e com um ar tranquilo, contudo, no dia seguinte, o seu comportamento era totalmente o contrário, chorando e vocalizando consecutivamente, apresentando uma expressão perturbada e triste.

Estes foram apenas alguns exemplos concretos vivenciados. A estagiária pensa que a descrição dos diferentes comportamentos podem ajudar o leitor a compreender com mais profundidade o que tem sido referido na teoria. Essas situações ocorriam com relativa frequência (pelo menos uma vez por semana), e em diferentes clientes, clientes estes que

por vezes estavam apenas diagnosticados apenas com DID. Aparentemente, face a determinadas condições, o comportamento ficava, momentaneamente, desregulado. Por que razão acontecia essa desregulação?

Através daquilo que foi lido aquando o desenvolvimento deste documento, há a hipótese destes comportamentos atípicos serem realmente uma condição inerente à DID ou de os clientes estarem, de facto, na presença (oculta) de um diagnóstico duplo, onde a DID e a doença mental coexistem no mesmo indivíduo.

Deste modo, e tal como outros autores já mencionaram, é de extrema urgência e pertinência estudar-se esta coocorrência de problemáticas. É sabido que existem muito poucos estudos acerca deste assunto, sendo necessária uma investigação aprofundada e exaustiva. Com mais conhecimento, surgem mais soluções, desenvolvem-se novas estratégias, que possibilitam planos de intervenção mais eficazes, com apoios adequados e medicações ajustadas, resultando, por fim, num indivíduo com mais QV.

1.2.8 As atitudes face às pessoas com DID

As atitudes podem ser definidas como representações avaliativas relacionadas com pessoas, objetos ou eventos, podendo resultar em atitudes positivas ou negativas (Chan, Liveh, Pruett, Wang e Zheng, 2009). Estes autores decompõem as atitudes em três dimensões: afetiva (sentimentos), cognitiva (pensamentos) e comportamental (ações), correspondendo assim ao que o indivíduo sente, pensa e faz.

Relativamente às atitudes face às pessoas com DID, estas geram alguma controvérsia, existindo preconceito, discriminação e distanciamento social (Chan et al., 2009), muito devido à falta de conhecimento sobre as suas capacidades e à falta de interação com estas pessoas (Santos e Franco, 2017). É, por isso, comum, que sejam vistas como pessoas superprotegidas, imaturas e descredibilizadas (Santos, 2010) e que haja uma generalização “negativa” relativamente à sua dependência em relação a terceiros, às suas capacidades (subestimando-as), às baixas expectativas e à baixa produtividade, nos vários contextos (Werner, 2015). Consequentemente, sentimentos como medo, desconforto, preocupação e compaixão em relação a estas pessoas são manifestados, dificultando a sua participação social (Werner, 2015). Morin, Rivard, Crocker, Boursler e Caron (2013) referem mesmo que quanto maior é o grau de deficiência do indivíduo, maior é o desejo de distância social das pessoas sem DID face a estas, bem como muitas outras atitudes negativas associadas a esta população.

No entanto, nos últimos anos, tem existido uma mudança positiva relativamente à aceitação destas pessoas, no sentido de as tornar pessoas aceites e respeitadas pela sociedade, pelo que tem havido uma maior visibilidade destas na comunidade, sendo

observáveis atitudes positivas face à sua inclusão nos variados contextos (Ouellette-Kuntz, Burgem, Brown e Arsenault, 2010). Estas atitudes sociais diferem consoante uma série de variáveis (e.g. género, idade, estatuto socioeconómico, habilitações literárias, contactos anteriores, famílias com pessoas com DID) que predizem, conseqüentemente, atitudes e comportamentos (Gonçalves e Lemos, 2014).

Relativamente à variável género, estudos realizados por vários autores (Gonçalves e Lemos, 2014; Ouellette-Kuntz et al., 2010; Morin, Rivard, Boursier, Crocker e Caron, 2015), que comparavam as atitudes face à DID entre géneros, concluíram que os participantes do género feminino apresentavam atitudes mais positivas nas dimensões afetivas e comportamentais.

Pessoas com níveis socioeconómicos elevados, maiores habilitações literárias (Barbosa, Frade, Magalhães e Santos, 2017; Chan et al., 2009; Ouellette-Kuntz et al., 2010), idades mais jovens (Amorim, Barrote, Costa e Santos, 2017; Chan et al., 2009; Morin et al., 2013) e contactos anteriores (Gonçalves e Lemos, 2014) também são fatores que revelam atitudes positivas face às pessoas com DID. Os pais de pessoas com DID (Resendes, Quintela, Freitas, Pereira e Santos, 2017) e os técnicos e especialistas que trabalham com esta população têm, no geral, atitudes positivas (Barbosa et al., 2017).

Apesar de muitos estudos demonstrarem uma mudança de atitudes, também existem outros que não o comprovam, o que indica que ainda existem lacunas por preencher em diversos pontos (Santos e Franco, 2017). Estes autores sugerem algumas recomendações de forma a praticar-se uma verdadeira inclusão, que vá desde a teoria (e principalmente) à prática, nomeadamente: implementação dos sistemas de avaliação e a sua respetiva monitorização; provisão e elegibilidade de serviços e apoios específicos para que surja cada vez menos a institucionalização; educação e sensibilização da população em geral face às pessoas com DID e, ainda, uma contínua investigação nesta área específica (Santos e Gomes, 2016).

Na Associação Qe...

Como já foi referido anteriormente, durante o período de estágio observaram-se várias situações em que os clientes da instituição estiveram em contacto com a comunidade. Nesses momentos, o que foi percecionado não correspondeu às idealizações teóricas (Santos e Franco, 2017), na medida em que não era proporcionada a responsabilidade e autonomia total aos clientes (e.g. nas exibições/saraus eram os técnicos os responsáveis por: fazer o “check-in”, falar com os organizadores acerca de questões logísticas e burocracias, conduzir os clientes aos locais específicos para guardar

os pertences, entre outros). Será um dia possível serem os próprios indivíduos a criarem a coreografia, a escolherem a música inerente a esta, a decidirem qual o vestuário adequado, a deslocarem-se até ao local de exibição e apresentarem a sua coreografia, sozinhos? Seria interessante que estas pessoas, um dia, pudessem realizar estas escolhas.

Apesar de algumas das atividades serem específicas para a promoção de competências sociais (e.g. atividade de treino de competências sociais e pessoais), e de serem atividades que decorriam todas as semanas, os clientes não tinham a possibilidade de aplicar realmente essas competências, em contexto real de vida diária de um indivíduo de idade adulta, uma vez que continuavam inseridos em contexto institucional ou eram dependentes de outros.

Na própria Associação Qe, mais concretamente, nas diversas atividades, existiam naturalmente, direitos e deveres para todos os clientes (e.g. caso algum cliente não comparecesse nas atividades de ginástica ou dança simplesmente porque “não lhe apetecia” tinha como consequência ficar fora da coreografia, não comparecendo também nos saraus ou apresentações seguintes).

Foi possível também observar-se que os colaboradores da instituição se relacionavam com os clientes sem qualquer preconceito ou discriminação positiva. Tal como os colaboradores, também a estagiária desenvolveu este tipo de relação. Esta forma de lidar e estar com pessoas com deficiência foi alvo de um processo evolutivo que começou no seu primeiro contacto com estas (durante o estágio de Licenciatura).

I.3 Observação e Avaliação

A observação, ou mais concretamente, aquilo que se deteve do que foi observado, serviu de base para a criação e desenvolvimento de todo este documento, tal como a avaliação, que, através da utilização de instrumentos, permitiu tirar conclusões e reflexões acerca do que foi observado. Deste modo, é imprescindível abordar ambos os conceitos.

Segundo Brito (2005), observar consiste em “olhar com atenção” para fenómenos e/ou acontecimentos. Podem ser compreendidos dois tipos de observação: *observação não sistemática/não estruturada*, que consiste em recolher e registar factos reais sem que seja necessária a utilização de meios técnicos ou sem que seja preciso fazer perguntas diretas. Quanto maior o treino, perspicácia e atenção que o observador dá aos fenómenos que o rodeiam, maior será o êxito de observação desta técnica (Lakatos e Marconi, 2007); *observação sistemática/estruturada*, onde é estabelecido previamente o que se vai estudar e analisar. Esta técnica deve ser praticada em condições controladas e responder a objetivos pré-estabelecidos (Lakatos e Marconi, 2007).

Na sua prática, a estagiária utilizou os dois tipos de observação, correspondendo o primeiro a todas as sessões em que participou, bem como a todos os momentos informais onde teve oportunidade de estar e/ou de dinamizar e, o segundo, correspondeu às sessões de avaliação (inicial e final) dos grupos de intervenção e estudo de caso. Inevitavelmente, esta realizou sempre um papel de observadora participante, uma vez que se integrou nos diferentes grupos e contextos, participando ativamente (Lakatos e Marconi, 2007).

É através da observação do indivíduo no seu contexto, em interação com o espaço, objetos e pessoas, incluindo a relação consigo próprio, que se compreendem possíveis dificuldades e barreiras (Almeida, 2013). Deste modo, a avaliação permite a construção de um programa de intervenção individual, utilizando métodos e estratégias específicas para a pessoa (Pitteri, 2004).

Na avaliação psicomotora, especificamente, o corpo é o principal instrumento de expressão e como tal, através da sua observação, faz transparecer mais ou menos dificuldades, consoante o indivíduo, nos diversos contextos de vida (Pitteri, 2004).

Na intervenção psicomotora, observa-se o indivíduo como resultado do conhecimento entre a ação e o seu mundo – interno e externo, – onde os sinais psicomotores são manifestados através da relação tónica e motora, demonstrando a comunicação, expressão, relação, ação e pensamento da pessoa (Boscaini, 2004).

Sendo assim, é necessário avaliar-se para poder identificar as áreas fortes e menos fortes de cada sujeito, de modo a proceder-se ao plano de intervenção e, conseqüentemente, à IPM propriamente dita (Teles, Ribeiro e Ferreira, 2012), onde a avaliação assume um dos momentos mais importantes de todo o processo e no qual o terapeuta deve prestar uma particular atenção (Pitteri, 2004).

É, então, fundamental que, na avaliação psicomotora exista, por um lado, a utilização de meios de avaliação objetivos, correspondendo aos diversos instrumentos que avaliam as funções psicomotoras, dando conhecimento acerca das competências funcionais da pessoa, e, por outro lado, meios de avaliação subjetivos, onde é possível observar-se as características psicoafectivas, mais concretamente, as relações e atitudes com o outro, e compreendendo assim, inevitavelmente, a integração que o indivíduo possui entre o verbal e o não-verbal, o corpo e a palavra, o real e o simbólico, o concreto e o abstrato, e o visível e o invisível (Boscaini, 2004).

1.3.1 Instrumentos de avaliação utilizados na prática profissional

Os instrumentos de avaliação permitem ao técnico avaliar os clientes em determinadas áreas para, posteriormente, delinear um programa de intervenção psicomotor.

De referir que, apesar da idade cronológica dos clientes avaliados não abranger nenhuma das faixas etárias selecionadas por alguns instrumentos anteriormente selecionados, devido às dificuldades verificadas, tornou-se pertinente utilizá-los na construção dos instrumentos de avaliação, uma vez que determinados itens dos instrumentos avaliam precisamente as áreas a trabalhar dos clientes.

Teste da Cognição Espacial

O teste da Cognição Espacial, criado por Pedro Morato, tem como população-alvo indivíduos com Trissomia 21, com idades compreendidas entre os cinco e os doze anos de idade (Morato, 1993). Segundo o autor, o objetivo deste teste é avaliar os conceitos espaciais frente/trás e direita/esquerda ao nível do próprio corpo e, posteriormente, observar a relação que o indivíduo estabelece com os objetos e com o espaço (ao nível da manipulação, da locomoção e do espaço gráfico). O teste criou-se com o intuito de - ao existir uma evolução de conceitos concretos para abstratos, - avaliar se a criança consegue identificar de forma concreta as partes do seu corpo e se, ao longo do tempo, é capaz de controlar o espaço que a rodeia através da manipulação de objetos e de deslocamentos no espaço. Numa última fase, deve ser verificado se a criança alcança o nível mais complexo: detetar alterações de posição ou orientação (Morato, 1995).

O teste da Cognição Espacial é constituído por dois subtestes: o subteste 1, que diz respeito aos conceitos Frente/Trás e o subteste 2 que se relaciona com os conceitos de Direita/Esquerda (Morato, 1995). Desta forma, cada um encontra-se dividido em quatro níveis: o primeiro diz respeito ao nível da criança - próprio corpo; o segundo ao nível de manipulação - ação sobre os objetos; o terceiro ao nível da locomoção - deslocamentos no espaço e, por fim, o quarto ao nível do espaço gráfico - figurativo. A cotação é sob a forma dicotómica em que o “faz” corresponde a 1 ponto e o “não faz” corresponde a 0 pontos (Morato, 1995).

Bateria Psicomotora (BPM)

A Bateria Psicomotora (BPM), proposta por Vitor da Fonseca em 1975, é um instrumento de avaliação, baseado num conjunto de tarefas que permitem analisar o perfil psicomotor de uma criança (Fonseca, 2010). Este instrumento deve ser aplicado em crianças com idades compreendidas entre os quatro e os doze anos de idade, sendo que o objetivo principal é detetar se existem, ou não, dificuldades de aprendizagem. No entanto, e segundo o seu autor, este instrumento permite também ajudar na identificação de sinais psicomotores e no despiste de dificuldades psicomotoras.

O instrumento é constituído por tarefas correspondentes aos sete fatores psicomotores (Fonseca, 2010): Tonicidade, Equilibração, Lateralização, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal, Praxia Global e Praxia Fina, sendo que estas tarefas irão ajudar a identificar o grau de maturidade psicomotora da criança. A cotação de todos os fatores e subfatores é realizada da seguinte forma (Fonseca, 2010): *um ponto* (apraxia) corresponde a uma tarefa realizada de forma incompleta, inadequada e descoordenada; *dois pontos* (dispraxia) significa que a tarefa é realizada de forma fraca, existindo sinais desviantes e dificuldades de controlo; *três pontos* (eupraxia) diz respeito à realização de uma tarefa de forma adequada, completa e controlada e *quatro pontos* (hiperpraxia), quando a realização da tarefa é perfeita, precisa e facilmente controlada pela criança.

Escala de Comportamento Adaptativo versão portuguesa

A Escala de Comportamento Adaptativo versão portuguesa (ECAP) tem como objetivo principal avaliar não só a avaliação da independência pessoal e comunitária como também as componentes que dizem respeito à performance e ao ajustamento social (Santos, 2000). Este instrumento de avaliação possibilita que se conheçam as áreas fortes e áreas a promover do sujeito, para que se proceda à construção de planos de intervenção com o objetivo final de fazer com que o indivíduo consiga participar ativamente na sociedade (Lambert, Nihira e Leland, 1993; Santos, 2000).

A ECAP destina-se a pessoas com DID e sem DID, com a faixa etária dos seis aos 60 anos (Santos e Morato, 2012). Estes autores referem que a escala é composta por duas partes, em que a primeira diz respeito às competências da independência da pessoa e a segunda pretende avaliar possíveis comportamentos desviantes. A primeira parte da escala é composta por dez domínios: Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização e a segunda parte é composta por oito domínios: comportamento social, Conformidade, Não Merecedor de Confiança, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, Comportamento Sexual, Comportamento Autoabusivo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal com Perturbações (Santos e Morato, 2012).

Na primeira parte da escala verificam-se duas formas de cotação: complexidade crescente, uma vez que existe um aumento do grau de dificuldade e onde o valor mais alto corresponde a tarefas mais complexas (Santos, 2000) e uma opção de resposta de sim/não, correspondendo ao que o sujeito realiza e não realiza, respetivamente. A segunda parte é cotada pela frequência de ocorrência dos comportamentos (0 = nunca, 1

= ocasionalmente e 2 = frequentemente), em que o melhor valor é o 0 (Santos e Morato, 2002).

Exame Gerontopsicomotor

O Exame Gerontopsicomotor (EGP) avalia as competências psicomotoras das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com o objetivo de se definir um perfil psicomotor, para, de seguida, se implementar um projeto de intervenção individualizado (Michel, Soppelsa e Albaret, 2011).

O EGP (Michel et al., 2011) divide-se em 17 itens, nomeadamente: Equilíbrio Estático I, Equilíbrio Estático II, Equilíbrio Dinâmico I, Equilíbrio Dinâmico II, Mobilização Articular dos Membros Superiores, Mobilização Articular dos Membros Inferiores, Motricidade Fina dos Membros Superiores, Motricidade Fina dos Membros Inferiores, Praxias, Conhecimento das Partes do Corpo, Vigilância, Memória Percetiva, Domínio Espacial, Memória Verbal, Perceção, Domínio Temporal e Comunicação. A cotação varia consoante o item.

I.4 Intervenção Psicomotora

Uma vez que todo este documento se desenrola em torno da experiência profissional da estagiária, torna-se evidente a existência deste tópico, enquadrando assim a intervenção, de modo a clarificar os leitores.

A psicomotricidade assenta no pressuposto de que a complexidade psicocorporal do ser humano advém do estudo (e fusão) das dimensões filogenéticas, sociogenéticas e ontogenéticas (Fonseca, 2005) e, conseqüentemente, torna óbvia a relação de interdependência entre o psiquismo com a motricidade, ou seja, explica que é através da observação e interpretação do corpo e do movimento, que se compreende a mente, os estados de espírito e as sucessivas aquisições cognitivas e afetivosociais (Boscaini, 2004).

Assim, a psicomotricidade pode definir-se como a área que estuda o ser humano na sua forma holística, sendo fundamental a sua compreensão nos vários domínios comportamentais que compõem o funcionamento humano, nomeadamente o motor, o cognitivo e o afetivo (Fonseca e Martins, 2001; Vieira, Batista e Lapierre, 2013), desenvolvendo-se com o foco numa tríade de abordagens: multidisciplinar, multiexperimental e multicontextual (Fonseca, 2001, 2005). A psicomotricidade é consequência das várias transformações orgânicas, cognitivas e afetivosociais (Almeida, 2013) e é através da expressividade psicomotora que é revelada a forma original que cada indivíduo tem de se exprimir (Aucouturier, 2010).

Deste modo, a IPM vai permitir ao indivíduo uma adaptação ao contexto em que está inserido, de modo a construir uma relação harmoniosa com o meio, ao procurar

organizar as sensações, percepções e cognições em respostas motoras previamente estruturadas (Fonseca, 2010).

É através da mediação corporal que existe a regulação tónico-emocional do indivíduo (Fonseca e Martins, 2001), onde o corpo funciona por um lado, como meio de transporte, possibilitando a exploração do espaço e, por outro, como registador de todas as sensações e emoções, que vão, posteriormente, traduzir os estados afetivos, através das diversas atitudes e movimentos distintos do indivíduo (Sousa, 1977).

O objetivo da IPM consiste na capacidade de adequar o indivíduo às exigências do contexto (Leitão, Lombo e Ferreira, 2008), maximizando o seu processo de adaptação e aprendizagem (Fonseca, 2001). Um dos pilares fundamentais para que este processo aconteça, consiste na análise dos fatores psicomotores, uma vez que estes estão em constante desenvolvimento tendo em conta os contextos (Fonseca, 2010). É de notar que quando se observa, analisa e/ou avalia um fator psicomotor, está-se necessariamente a envolver todos os outros anteriores, assumindo assim uma hierarquia, que ilustra o desenvolvimento psicomotor humano (Fonseca, 2010).

A IPM pode ser exercida em vários âmbitos: terapêutico ou reeducativo, onde as questões relacionadas com o desenvolvimento da aprendizagem se encontram comprometidas; reabilitativo, devido ao foco no desenvolvimento psicomotor; e preventivo, que se baseia na promoção do indivíduo ao nível das alterações existentes – e destina-se a todos os grupos etários (Fonseca, 2010; APP, 2017). Esta surge nas mais variadas situações, nomeadamente, ligadas a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo (APP, 2017).

A IPM deve estar centrada na relação terapêutica, em que começa a partir do momento em que o cliente aceita o terapeuta e o vê como um parceiro e mediador para a atividade prática, para a exploração e criação (Viegas, 2003). O terapeuta deve centrar a sua intervenção na pessoa, na sua relação e em todo o processo – não dando tanta importância ao produto (Caliari, 2004).

Os instrumentos utilizados dizem respeito ao corpo do indivíduo, ao espaço da relação, ao ambiente onde ocorre a intervenção, ao tempo, ao ritmo e aos objetos mediadores da terapia, focando sempre a relação entre o indivíduo e o terapeuta (Costa, 2005). A sala onde decorre a terapia deve ser um lugar de encontro e de exploração, sendo que a pré disposição dos materiais condicionará as atividades a serem realizadas, havendo assim necessidade de se pensar acerca daquilo que se quer potencializar (Vieira, Batista e Lapierre, 2013).

A psicomotricidade, como conceito complexo que é, inclui duas vertentes diferenciadas: relacional e instrumental (Almeida, 2013).

A vertente relacional da psicomotricidade foca-se na atividade espontânea da pessoa, onde o terapeuta deve aceitar as suas formas de expressão, modelando-se ao indivíduo e utilizando a comunicação não verbal como forma de interação (Martins, 2001b; Almeida, 2013). A estratégia mais utilizada é o jogo simbólico, ao serem promovidas motivações na pessoa para que se desenvolvam competências e aprendizagens (Almeida, 2013).

Por sua vez, a vertente instrumental da psicomotricidade centra-se na relação do sujeito com os objetos, espaço e tempo que o rodeia possibilitando ao indivíduo uma melhor gestão do seu espaço interpessoal (Martins, 2001b). Esta vertente baseia-se na resolução de problemas e na transformação entre uma experiência real e a sua representação abstrata, acedendo ao pensamento categorial e concetual (Martins, 2001b). Segundo o mesmo autor, é através da organização, planificação e consistência da ação, que se desenvolvem estruturas cognitivas que visam a flexibilização do pensamento, onde as situações-problema são alcançadas com sucesso, dando origem a um aumento de autoestima e confiança no indivíduo.

No decorrer do estágio foi dado mais ênfase à vertente instrumental, tendo em conta o modelo pedagógico que era praticado na instituição (*Gentle Teaching*) e uma vez que existia sempre uma preparação prévia das sessões. Estas eram estruturadas consoante os objetivos delineados pela estagiária, sendo constituídas maioritariamente, por atividades de resolução de problemas, pressupondo ações motoras conscientes e intencionais. Eram também trabalhadas funcionalidades cognitivas, através da organização, planificação e execução das várias tarefas que lhes eram pedidas.

Estas funcionalidades cognitivas, nomeadamente, *a atenção, a percepção, a linguagem, a memória* e as competências académicas são fundamentais para o ser humano, tendo um papel preponderante no desenvolvimento do conhecimento (Martins, 2001a). Estas componentes relacionam-se diretamente com os fatores psicomotores - *Tonicidade, Equilibração, Lateralidade, Noção do Corpo, Estruturação Espaciotemporal, Praxia Global e Praxia Fina* (Fonseca, 2010) – que, por sua vez, encontram-se hierarquicamente organizados nas três unidades funcionais cerebrais de Luria (1981). A 1.^a unidade funcional é responsável pela regulação dos níveis de alerta e do tónus cortical e programação de ações voluntárias, a 2.^a unidade funcional é responsável pela receção, análise e armazenamento da informação e a 3.^a unidade funcional é responsável pela programação, regulação e verificação da atividade (Fonseca, 2010). Segundo Luria (1981),

qualquer atividade consciente decorre da interação entre estas três unidades funcionais cerebrais, trabalhando em conjunto e de forma organizada, onde cada uma tem a sua própria função, existindo, portanto, uma inter-relação dinâmica (Fonseca, 2010).

Como foi referido no parágrafo anterior, existe uma estreita relação entre as unidades funcionais de Luria e os fatores psicomotores, sendo que a cada unidade correspondem certos fatores (Fonseca, 2010). Assim sendo, a primeira unidade de Luria corresponde à integração dos dois primeiros fatores, tonicidade e equilíbrio (Fonseca, 2010). Segundo o autor, estes desempenham um papel indispensável nas primeiras conquistas anti gravíticas do desenvolvimento humano, bem como nas primeiras integrações de informação sensorial. Por sua vez, a segunda unidade de Luria integra a lateralização, a noção do corpo e a estruturação espaciotemporal, fatores estes responsáveis pela especialização hemisférica, integração de informações sensoriais globais e vestibulares e ainda por funções de receção, processamento e armazenamento espacial, respetivamente (Fonseca, 2010). Por fim, a terceira unidade luriana integra os dois últimos fatores - a praxia global e a praxia fina, - sendo que o primeiro é responsável por ações motoras globais que envolvam grandes grupos musculares e o segundo implica tarefas de carácter minucioso, envolvendo a coordenação oculomanual e uma fixação da atenção visual (Fonseca, 2010).

Os sete fatores psicomotores e as competências cognitivas estiveram na base de todas as sessões dinamizadas pela estagiária ao longo da intervenção, encontrando-se assim, de seguida, uma descrição sucinta de cada um deles.

A *tonicidade* – primeiro fator psicomotor – é o primeiro a ser desenvolvido e, por isso, corresponde à base de toda a motricidade (Fonseca, 2010). Este fator abrange todos os músculos responsáveis pela atividade motora, pelas funções biológicas e psicológicas e ainda aqueles responsáveis pela comunicação não verbal, manifestando os estados emocionais da pessoa, e constituindo assim o diálogo tónico-emocional. Este fator encontra-se relacionado com os estados de alerta e de vigília (Fonseca, 2010).

A *equilíbrio* é o segundo fator psicomotor e tem uma função determinante nas respostas posturais anti gravíticas essenciais às ações motoras, requerendo uma série de ajustamentos posturais constantes (Fonseca, 2010). O mesmo autor refere que este fator abrange uma série de aptidões estáticas e dinâmicas, fazendo também parte o controlo postural e o desenvolvimento das aquisições respeitantes à locomoção. Fonseca (2010) revela que a estrutura com o papel mais importante no controlo do equilíbrio é o cerebelo, pois está, não só associado às nossas capacidades visuais e auditivas, como também garante o controlo e ajustamento das nossas ações, como foi referido anteriormente.

A *lateralidade* corresponde ao terceiro fator psicomotor e é o fator que compreende a integração bilateral do corpo (Fonseca, 2010). Este fator diz respeito à capacidade perceptivo-motora de interiorização propriocetiva que irá, conseqüentemente, integrar e perceber o indivíduo da existência e diferenciação dos dois lados do seu corpo (Fonseca, 2005). O próprio indivíduo realiza um processo assimétrico durante a execução de uma ação, uma vez que existe um lado do corpo que é utilizado preferencialmente em detrimento do outro – lateralidade (Vasconcelos e Rodrigues, 2013). Segundo estes autores, é nas atividades comuns do dia-a-dia que os indivíduos, inconscientemente, dão preferência a uma das mãos, a um dos pés, a um dos olhos e a um dos ouvidos.

Por sua vez, a *noção do corpo* – quarto fator psicomotor – diz respeito à compreensão e integração das informações vindas do corpo que resultam da consciencialização deste (Fonseca, 2010). Desta forma, a noção corporal corresponde à capacidade que o indivíduo tem para projetar o seu corpo espacial e temporalmente, permitindo-o integrar-se no meio envolvente e adquirir uma adequada consciencialização postural e percepção dos seus segmentos corporais (Fonseca, 2010).

A *estruturação espaciotemporal* corresponde ao quinto fator psicomotor e emerge de todos os outros fatores anteriores, envolvendo a relação com os objetos, com as posições e direções espaciais do indivíduo ou relativas a si próprio (Fonseca, 2010). Este fator integra dois tipos de estruturações com desenvolvimento próprio: a estruturação espacial e a estruturação temporal. Assim, a estruturação espacial diz respeito a noções relativas ao espaço, mais precisamente, ao corpo no espaço, uma vez que é este o instrumento fundamental da relação com o mundo exterior (Fonseca, 2010). É através do corpo que se percebe a quantidade de movimento a executar para alcançar no espaço os objetos a que se pretende chegar, sendo possível estimar-se a distância percorrida ou a percorrer (Fonseca, 2010). Para o autor, a visão assume um papel de extrema importância na estimação rápida e precisa do espaço (e.g.: ao olharmos para um ou mais objetos conseguimos localizá-los de imediato). A estruturação espacial encontra-se ainda na base do desenvolvimento dos conceitos frente-trás, cima-baixo, esquerda-direita que são noções de integração pela motricidade, integração pela visão e noção propriocetiva, respetivamente (Fonseca, 2010). A estruturação temporal dá ênfase ao tempo propriamente dito, onde o conceito de noção de tempo pode ser definido por dois conceitos: tempo estático e dinâmico (passado, presente, futuro). Assim, a sequência dos acontecimentos e a sua relação temporal são determinantes nas relações. É ainda relevante referir que a estruturação temporal é mais elaborada que a estruturação espacial

uma vez que implica algo mais que uma captação sensorial imediata – é devido à variável do tempo que o cérebro cria as memórias (Fonseca, 2010).

A *praxia global* diz respeito ao sexto fator psicomotor e é o fator responsável pela execução de todos os movimentos, no entanto, para que esses aconteçam corretamente, tem que existir uma boa integração e interação da primeira e da segunda unidade funcional (Fonseca, 2010). Segundo o autor, ao longo da vida, a praxia global vai-se desenvolvendo e, conseqüentemente, armazenando experiências sensoriais e sequências motoras. No caso de ter que se desempenhar uma nova praxia (nova aprendizagem), é necessário uma reprogramação da ação e, posteriormente, a integração de uma nova sequência de movimentos (Fonseca, 2010).

A *praxia fina* é o sétimo e último fator psicomotor e engloba funções de programação, regulação e verificação de atividades relacionadas com a preensão e a manipulação (Fonseca, 2010). Relaciona-se ainda com a coordenação dos movimentos oculares em momentos que exijam atenção e durante a realização de ações que exijam a manipulação (Fonseca, 2010). Segundo o autor, para que a praxia fina se realize é necessária a conjugação de diferentes planos de ação: a atenção voluntária, a escolha de uma determinada experiência sensorial anteriormente aprendida e a capacidade de programação antecipada e reprogramação da ação, de modo a que a mão possa realizar as funções de manipulação a que se destina (Fonseca, 2010).

De realçar que todos estes fatores trabalham conjuntamente de forma integrada e harmoniosa, cada um com a sua contribuição própria e específica, para uma organização psicomotora global plena (Fonseca, 2010).

Relativamente às competências cognitivas, - atenção, percepção, memória e linguagem – estas também serão descritas sucintamente uma vez que integraram pelo menos um dos planos de intervenção elaborados pela estagiária.

O termo *atenção* refere-se ao processo pelo qual o indivíduo é capaz de focar um aspeto particular do seu meio ambiente: este processo está presente em todos os processos cognitivos da consciência, em especial, naqueles que se direcionam para um objeto, apresentando assim um sentido de bilateralidade, ou seja, a atenção é direcionada para um objeto não só pelas características do indivíduo, mas tendo em conta também as características do objeto (Rubinstein, 1973). Já a atenção seletiva é a capacidade de lidar com determinados estímulos, ao mesmo tempo, tendo a habilidade de selecionar apenas um (preferencial), captando assim a sua informação e tornando-nos menos conscientes de outras coisas a acontecer ao nosso redor (Spitzer, 2007).

A *percepção* consiste na captura da realidade pelo indivíduo, com o apoio dos órgãos sensoriais que são responsáveis pela captação dessas informações e têm um papel importante na respetiva interpretação que o sujeito efetua consoante a informação que o envolvimento lhe proporciona (Bonnet, 1989 cit. in Morato, 1995). É a percepção que ajuda o indivíduo a ajustar as suas respostas e comportamentos perante as diferentes situações que podem surgir (Morato, 1993).

Ao longo da vida, o conhecimento e o pensamento do indivíduo torna-se cada vez mais desenvolvido e profundo, o que, por sua vez, torna a percepção mais complexa e específica, capaz de analisar e de sintetizar (Rubinstein, 1973). A percepção visual tem por base funções cognitivas e permite ao indivíduo retirar informações que o ambiente disponibiliza para orientar as suas ações, criando, assim um “mundo visual” (Souza e Capellini, 2011). Já a percepção espacial inclui componentes como: a percepção da distância a que os objetos se encontram das pessoas ou mesmo entre elas; a percepção da direção em que se encontram e a percepção do tamanho e da forma (Rubinstein, 1973).

A *memória* é um processo psicobiológico que constrói, de forma dinâmica, uma representação da realidade, através de três fases: codificação, armazenamento e recuperação (Eysenck e Keane, 2017). Existem dois tempos de retenção diferentes: memória a curto prazo, que armazena a informação durante intervalos curtos e memória a longo prazo, que retém a informação por longos períodos de tempo (Eysenck e Keane, 2017).

A *linguagem* é todo o sistema de signos sonoros, gráficos ou gestuais que serve como forma de comunicação de ideias, conceitos ou sentimentos (Eysenck e Keane, 2017). Estes autores referem que os elementos que constituem a linguagem – sinais, sons, gestos, símbolos ou palavras – dão origem a vários tipos de linguagem: gestual, verbal, escrita e corporal.

Em suma, a IPM destina-se a trabalhar a maturação dos sete fatores psicomotores juntamente com as competências cognitivas, onde, através da criação de situações-problema, visa promover no indivíduo a organização do pensamento, a reflexão e a atenção de forma consistente (Martins, 2001a). Estes processos possibilitam ao indivíduo uma melhoria nas capacidades de adaptação às alterações e imprevistos do dia-a-dia (Fonseca, 2010).

I.4.1 A intervenção psicomotora na DID

A mudança de paradigma face à definição e terminologia dos indivíduos com DID, abordada anteriormente, conduz a uma maior consciencialização de determinados conceitos: igualdade, inclusão e QV (Santos et al., 2009). Deste modo, surge,

inevitavelmente, uma preocupação com a existência de apoios individualizados para estas pessoas de modo a que realizem as suas atividades de vida diária de forma independente (Santos et al., 2009). Assim, é necessário ter-se mais atenção no momento de traçar um perfil de necessidades de apoio, objetivando que o indivíduo, com o apoio adequado, irá melhorar o seu funcionamento (Luckasson et al., 2003).

É, por isso, fundamental que a intervenção seja iniciada o mais precocemente possível, sendo que a família deve assumir um papel preponderante durante todo o processo: deve ser um recurso natural e um facilitador de aprendizagens funcionais, ao mesmo tempo que é dada prioridade aos interesses e à idade cronológica da pessoa (Simões e Santos, 2013). Estas autoras referem ainda que conteúdos desnecessários e desajustados e comportamentos de superproteção devem ser evitados, para uma vida funcional e autónoma.

A IPM tem um papel preventivo e de habilitação, ao maximizar a capacidade adaptativa das pessoas com DID (Valente et al., 2012). Os autores referem que a IPM tem em conta que estas pessoas apresentam aprendizagens mais lentas e com características próprias, sendo necessário utilizar-se estratégias funcionais e adaptadas. Desta forma, devem ser criados objetivos ajustados e relevantes às características individuais, deve existir a participação de todos os intervenientes em todo o processo e o trabalho realizado durante a intervenção deve objetivar um transfer para o quotidiano (Santos, 2010; Valente et al., 2012). Durante a intervenção deve haver uma promoção das competências funcionais e adaptativas, ao mesmo tempo que se reduzem os comportamentos desajustados, tendo em conta a adequação à idade cronológica e valores socioculturais (Santos, 2010; Luckasson et al., 2012; Valente et al., 2012). De referir que a intervenção não deve focar-se nas dificuldades do indivíduo, mas sim em valorizar e reforçar positivamente cada experiência que este tem (Caliari, 2004).

A população com DID tem uma heterogeneidade de perfis comportamentais e áreas sensíveis de aprendizagem, sendo assim necessário haver adaptações na intervenção (Rodrigues, 1991). Deste modo, a IPM estimula as competências adaptativas destes, utilizando o corpo como mediador de aprendizagem e objeto de descoberta, através do movimento consciente e concreto (Valente et al., 2012). As atividades intencionais elaboradas (e.g. manipulação de objetos, motricidade, jogo, imitação), possibilitam ao indivíduo experienciar vários tipos de participação social (Fonseca, 2003). A IPM na DID reflete-se na reorganização das funções mentais e na criação de condutas conscientes, de modo a que os domínios motor, afetivo e cognitivo sejam potenciados (Fonseca, 1989).

Deste modo, a IPM corresponde a um serviço/apoio que é prestado à população com DID, sendo cada vez mais pertinente, e que tem como principal função a potencialização da funcionalidade do indivíduo, nos mais variados contextos (Custódio e Santos, 2011). A intervenção pressupõe o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e motoras, possibilitando que o indivíduo saiba adequar, realizar e consciencializar-se das suas respostas motoras. Este desenvolvimento, em conjunto com uma rede emocional e afetiva, irá permitir ao indivíduo uma relação harmoniosa com o envolvimento (Custódio e Santos, 2011).

Em todas as sessões dinamizadas ao longo da intervenção, houve uma preocupação por parte da estagiária em criar e manter um espaço seguro e de confiança e em estabelecer-se objetivos alcançáveis, funcionais e pertinentes. Esta teve sempre em consideração as necessidades específicas e os interesses de cada cliente, de modo a potencializar uma maior autonomia, independência e funcionalidade e, proporcionando, acima de tudo um bem-estar geral. As várias sessões foram constituídas por diferentes atividades de resolução de problemas através de jogos espontâneos e/ou padronizados, incidindo no lúdico e no dinâmico.

II Realização da Prática Profissional

Neste capítulo encontra-se detalhado todo o percurso realizado na Associação Qe: o horário, a descrição das atividades em que participou e dinamizou, a caracterização dos grupos de intervenção e estudo de caso, respetivos instrumentos de avaliação, métodos, planos de intervenção, estrutura das sessões, análises e discussões de resultados e reflexões críticas.

II.1 Organização e calendarização

O respetivo estágio curricular teve início a 2 de outubro de 2018 e terminou a 14 de junho de 2019, perfazendo a duração de aproximadamente nove meses, onde existiram duas interrupções letivas: Natal (22 de dezembro a 7 de janeiro) e Páscoa (12 a 22 de abril). A estagiária encontrava-se na Associação Qe todos os dias úteis, exceto à 2.^a feira, perfazendo, aproximadamente, 20 horas semanais.

Quando o estágio foi iniciado, foi concedido à estagiária um período de observação “livre” durante as primeiras duas semanas, uma vez que teve a possibilidade de escolher, de entre todas as atividades e projetos que existiam na Associação Qe, as que queria observar naquele período. Assim, foi possível que esta fosse conhecendo e, ao mesmo tempo, interiorizando aquilo que era realizado em cada atividade, aproveitando também para conhecer e criar relação com os clientes, educadores titulares e educadores de apoio.

Após esse período, e em conjunto com a orientadora local Rita Carvalho, foi elaborado um horário e a estagiária iniciou a fase de observação participada, fornecendo apoio e participando nas várias atividades.

Em novembro, esta começou a dinamizar algumas atividades dentro das sessões e, a partir de dezembro, já dinamizava inteiramente as sessões - apenas aquelas que tinham ficado acordadas serem da sua responsabilidade, aquando a elaboração do seu horário. Todas as sessões eram planeadas e enviadas à orientadora local previamente, bem como dinamizadas sob a sua supervisão (ou da psicomotricista Bianca Duarte).

Entre janeiro e junho decorreu a intervenção propriamente dita da estagiária na Associação Qe, bem como as respetivas avaliações.

De seguida, na tabela 1, encontram-se as várias fases de estágio organizadas ao longo dos meses.

Tabela 1 - Calendarização das fases de estágio

	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
Observação									
Observação participada									
Início dos planeamentos/ dinamização de sessões									
Avaliação inicial									
Definição de objetivos									
Plano de intervenção									
Avaliação final									

II.1.1 Horário e atividades

As atividades realizadas durante o ano letivo foram: natação, dança, atividade motora adaptada, psicomotricidade, ginástica, equitação e orientação, e serão descritas mais à frente. Em todas estas atividades, existiu orientação das psicomotricistas Rita Carvalho ou Bianca Duarte. O horário da estagiária encontra-se apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Horário de estágio

Horas	2.ª Feira	3.ª Feira	4.ª Feira	5.ª Feira	6.ª Feira	
9h-10h30		Natação	Atividade Motora Adaptada	Natação	Atividade Motora Adaptada	Equitação
10h30-12h			Indireto		Psicomotricidade	
12h-13h		Almoço				
13h-14h30		Dança	Psicomotricidade	Orientação (Grupo A)	Psicomotricidade (Grupo B)	
14h30-16h		Estudo de caso	Ginástica e Qe			
16h-17h			Reunião de casos			

De modo a esclarecer as diferentes atividades/sessões em que a estagiária participou, será elaborada, de seguida, uma descrição sucinta de cada uma, bem como o tipo de objetivos trabalhados em cada uma das atividades realizadas.

Todas as atividades/sessões tinham a duração de 1h30, exceto as realizadas no exterior da instituição: essas eram mais prolongadas, devido às deslocações aos respetivos locais, bem como devido às mudanças de roupa necessárias (e.g. natação, equitação, *rugby*). Em qualquer atividade existia, pelo menos, um educador titular e um educador de apoio.

Consoante as possibilidades de horário, decidiu-se que a estagiária ficaria responsável por dois grupos - Grupo A (atividade de orientação), Grupo B (atividade de psicomotricidade) - e por um estudo de caso (encontram-se a negrito no horário apresentado anteriormente). Todo o trabalho desenvolvido com estes grupos, bem como com o estudo de caso, estará descrito detalhadamente mais à frente. Em todas as outras atividades, a estagiária tinha um papel auxiliar na sua dinamização; era responsável pela dinamização (informal) de algumas partes das sessões ou podia ainda substituir a técnica na sua ausência.

Natação

Esta atividade decorria na terça e na quinta-feira de manhã. Nos primeiros meses foi realizada no Complexo Desportivo Municipal de Fitares em Rio de Mouro e, a partir de janeiro, na Piscina Municipal da Abóboda, em Cascais.

A sessão de terça-feira era constituída por oito clientes, pelas psicomotricistas Rita Carvalho e Bianca Duarte, por dois monitores de apoio e por duas estagiárias nos primeiros quatro meses, sendo que após esse período, juntaram-se ao grupo mais duas estagiárias. A sessão era composta por duas partes distintas: uma primeira parte, que consistia na sessão propriamente dita (dentro da piscina) e, uma segunda parte, que correspondia às AVD', e que decorriam antes e depois da sessão, onde eram potencializadas competências relacionadas com a autonomia, higiene pessoal e responsabilidade (e.g. vestir e despir, tomar banho). Paralelamente a estes objetivos, trabalhava-se também uma promoção de competências sociais, uma vez que os clientes realizavam um percurso desde a saída da carrinha até aos balneários (e vice-versa), e comiam também um pequeno lanche, após a sessão ter terminado, numa sala de convívio do espaço, implicando uma aprendizagem de comportamentos ajustados durante estes momentos. Os objetivos da sessão propriamente dita focavam-se na adaptação ao meio aquático, objetivando competências como: entrar e sair dentro de água de forma apropriada, trabalhar a flutuação – tanto em decúbito-dorsal, como decúbito-ventral, – trabalhar a respiração (pela boca e pelo nariz), trabalhar a imersão e trabalhar o equilíbrio – vertical e horizontal. No final da sessão decorria um momento de retorno à calma, onde eram promovidos o bem-estar e a relaxação dos clientes.

Esta sessão foi da responsabilidade da estagiária, juntamente com as colegas de estágio da licenciatura do curso de Reabilitação Psicomotora da FMH-ULisboa. Estas começaram a dinamizá-la a partir de dezembro, estendendo-se até ao final do estágio (junho). O planeamento e a dinamização da respetiva sessão eram rotativos, de maneira a que todas as estagiárias pudessem assumir um papel mais ativo, coordenando e

executando as várias tarefas autonomamente. Nesta sessão, os objetivos já estavam previamente estabelecidos pela equipa da Associação Qe, não sendo preciso desenvolver um plano de intervenção. Nos anexos encontra-se uma sessão-tipo elaborada (e que foi posteriormente dinamizada) pela estagiária (Anexo B – Exemplo de plano de sessão de natação).

Relativamente à sessão de natação de quinta-feira, esta apresentava objetivos distintos devido ao grupo que a frequentava, uma vez que os elementos apresentavam uma maior capacidade de autonomia e independência e mais competências. Era um grupo constituído por doze clientes, uma educadora titular, dois educadores de apoio e pela estagiária. Nesta sessão, e uma vez que a adaptação ao meio aquático estava adquirida, eram trabalhados fundamentalmente os estilos de nado, nomeadamente, *crawl*, costas e bruços.

Dança

Esta atividade decorria num dos espaços da Associação Qe e era constituída por dez clientes, pela orientadora local Rita Carvalho, pela psicomotricista Bianca Duarte e pela estagiária. Era uma atividade muito dinâmica, em que o objetivo era aprender uma coreografia (que depois poderia ser apresentada em eventos futuros). Assim, a sessão centrava-se na promoção do movimento, ao serem utilizados praticamente todos os músculos do corpo, aliada a uma constante memorização de passos. Também o saber estar num grupo, a cooperação e a responsabilidade, ligadas à promoção de competências pessoais e sociais, faziam parte deste momento.

Atividade motora adaptada

A sessão denominada de atividade motora adaptada, decorria na quarta-feira de manhã e era realizada no ginásio de um Lar Residencial localizado à frente da Associação Qe (correspondendo a uma das parcerias já faladas anteriormente). Esta era constituída por um grupo de sete clientes, pela psicomotricista Rita Carvalho, por dois educadores de apoio e pela estagiária. Nesta sessão, o objetivo geral era a promoção da atividade física, de forma a combater o sedentarismo e a obesidade. Dentro do espaço, os clientes eram divididos em dois pequenos grupos que, a meio da sessão trocavam de funções.

Assim, um grupo realizava exercícios específicos utilizando os aparelhos do ginásio (e.g. passadeira, bicicleta), sendo que cada cliente fazia, pelo menos, 15 minutos num dos aparelhos.

O outro grupo realizava um circuito psicomotor (criado pela orientadora local e pela estagiária, no momento em que chegavam ao espaço). Este consistia num percurso com várias estações: contornar pinos em zigue-zague; fazer *steps*; passar por entre rolos de

esponja; equilibrar-se em posição sentada numa bola terapêutica; apanhar com a mão esquerda ou direita, um certo número de pinos que se encontravam espalhados no chão consoante indicações prévias (e.g. “deves apanhar dois pinos azuis com a mão esquerda”); deitar-se num colchão para fazer abdominais e subir a um espaldar para apanhar objetos (bolas e/ou pinos). Através deste circuito, os clientes também trabalhavam a coordenação motora, implicando ações que envolviam agilidade e mudanças de direção, e a lateralidade, ao mesmo tempo que era trabalhado constantemente o reajustamento tónico. Estas estações não eram fixas (variavam consoante os materiais disponíveis na sala), nem obrigatórias e eram adaptadas consoante as características de cada um.

Relativamente à sessão de sexta-feira, esta era constituída por seis clientes, pela psicomotricista Bianca Duarte, por uma educadora de apoio e pela estagiária. Nesta sessão, todo o grupo realizava uma caminhada pelos arredores da Associação Qe. A atividade objetivava tornar o indivíduo mais resistente à marcha e melhorar a coordenação motora global e o equilíbrio, uma vez que, ao longo do percurso os clientes experienciavam diferentes pisos, realizavam mudanças de direção, contornavam obstáculos, faziam reajustamentos tónicos, para além de trabalharem uma das funções executivas – atenção – durante todo esse tempo. Outro aspeto que também era trabalhado era a adequação socio comportamental, ajudando a regular alguns comportamentos ou atitudes impróprias que pudessem surgir.

Psicomotricidade

As sessões de psicomotricidade decorriam na quarta-feira à tarde e na sexta-feira, de manhã e de tarde, num dos *ateliers* da Qe (Espaço Movimento). O principal objetivo destas sessões era promover atividades de movimento consciente, onde os fatores psicomotores, as funções executivas e o relacionamento intra e interpessoal eram competências trabalhadas. Assim, estas capacidades eram exploradas e trabalhadas, direta ou indiretamente, através de jogos e tarefas de coordenação motora, equilíbrio, noção de corpo, coordenação oculomanual, entre outras.

Como já foi dito anteriormente, uma das sessões de psicomotricidade - sexta-feira à tarde - foi uma das escolhidas para ser da responsabilidade da estagiária, encontrando-se descrito mais à frente, todo o trabalho desenvolvido.

Ginástica é Qe

Na quarta-feira à tarde decorria a sessão de ginástica, na União Recreativa e Cultural da Abrunheira (URCA), localizada perto da Associação Qe. O grupo era constituído por quinze indivíduos, pela psicomotricista Rita Carvalho, por um educador de apoio e pela estagiária, sendo que esta última desempenhava apenas um papel de apoio. Esta sessão consistia

na aprendizagem de uma coreografia por parte do grupo, para, posteriormente, ser apresentada em determinados eventos de cariz nacional (implicando, por vezes, fins de semana noutra região do país). Através desta atividade eram trabalhadas competências como o equilíbrio, a estruturação espaciotemporal, a coordenação motora, a agilidade, a flexibilidade, a memória, a atenção, a persistência e ainda competências sociais, como o relacionamento interpessoal, o respeito pelo outro e a cooperação.

Orientação

A atividade de orientação decorria num dos *ateliers* da Associação Qe e era constituída por oito clientes, pela psicomotricista Bianca Duarte e pela estagiária. Nesta sessão o objetivo principal era promover a orientação da pessoa no espaço e no tempo, sendo trabalhadas questões relacionadas com a direccionalidade e conceitos espaciais (frente, trás, cima, baixo, esquerda, direita), o reconhecimento de espaços no concreto e no abstrato, a nomeação de espaços e objetos da vida diária, entre outros.

Esta sessão também foi selecionada para ser da responsabilidade da estagiária, encontrando-se descrito, mais à frente, todo o trabalho desenvolvido com o respetivo grupo.

Equitação

A equitação decorria num centro hípico, o Clube de Campo D.Carlos I, localizado no Guincho. Era constituída por sete clientes, pela psicomotricista Rita Carvalho, por um educador de apoio e pela estagiária. As sessões eram individuais e duravam cerca de 20 minutos. Nesta sessão trabalhavam-se objetivos ligados à relaxação e bem-estar e ainda alguns fatores psicomotores, nomeadamente, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo e praxia global (coordenação oculomanual, fundamentalmente). Por questões de logística, a estagiária compareceu nesta atividade muito poucas vezes.

Estudo de caso

O estudo de caso apenas se iniciou a partir de janeiro, uma vez que foi a partir desse momento que a estagiária iniciou a sua intervenção. Deste modo, esta sessão durava aproximadamente 45 minutos e era realizada numa das salas do espaço Olhar'te. Este tempo permitia não só a realização de atividades que iam ao encontro dos objetivos estabelecidos no seu plano de intervenção, mas também o desenvolvimento de uma relação terapêutica e de confiança entre os dois. Mais à frente encontrar-se-á uma descrição detalhada de toda a intervenção.

Indireto

Este espaço do horário, de trabalho indireto, servia para a estagiária realizar algum trabalho teórico referente ao relatório de estágio, como pesquisas ou leitura de processos dos

clientes - onde se encontravam as anamneses, percursos clínicos, percurso educacionais e outras observações. Podia também ocupar esse tempo para preparar materiais para as sessões seguintes.

Reunião de casos

Durante as reuniões de caso a equipa técnica juntava-se para debater acerca de casos mais pertinentes, nomeadamente, alterações de medicação, momentos em que os clientes tinham alterações comportamentais, ausências temporárias devido a alguma intervenção ou doença, avisos ou pedidos específicos dos encarregados de educação, entre outros. Na maioria das vezes, esta reunião não era compatível com o horário da estagiária.

II.2 Caracterização dos grupos de intervenção

De entre os vários grupos do seu horário, a estagiária ficou responsável por dois grupos: Grupo A e Grupo B. Deste modo, e após terminar o seu tempo de observação informal, elaborou dois instrumentos de avaliação distintos, consoante o que considerou serem as áreas a melhorar e as áreas fortes dos respetivos grupos, e aplicou-os, para, conseqüentemente, estabelecer um plano de intervenção com objetivos definidos.

Desta forma, e para cada grupo, a estrutura apresentada é a seguinte: breve caracterização dos clientes; justificação acerca dos respetivos instrumentos de avaliação elaborados pela estagiária; condições de aplicação durante as avaliações; apresentação do plano de intervenção, com os respetivos objetivos definidos; descrição da estrutura das sessões e exemplos de atividades desenvolvidas para cada área trabalhada; análise e discussão de resultados face à comparação das avaliações inicial e final e, por fim, reflexões acerca de toda a intervenção.

Em todo o relatório serão substituídos os nomes próprios dos clientes por nomes fictícios, de forma a manter a sua privacidade e integridade.

II.2.1 Grupo A

As sessões do Grupo A decorriam quinta-feira, entre as 13h e as 14h30, num dos *ateliers* da Associação Qe, o Comunic'Arte. A estagiária começou a fazer parte da sessão no início de outubro, tendo um papel de observação participada e a partir de 15 de novembro de 2018, passou a apresentar planeamentos e a dinamizar as sessões, com a supervisão da psicomotricista Bianca Duarte.

II.2.1.1 Caracterização do Grupo A

O grupo era constituído por oito clientes, com idades compreendidas entre os 20 e os 52. Encontra-se de seguida uma breve descrição sobre cada um deles.

Carolina: A Carolina tinha 20 anos na altura da intervenção. Costumava demonstrar-se apática face aos diferentes estímulos ao seu redor, encontrava-se frequentemente com a boca semiaberta e apresentava uma postura hipotónica, sendo que quando se deslocava, fazia-lo de forma lenta e arrastada. Relativamente à interação social, a Carolina relacionava-se bem com os colegas e técnicos. No caso da autonomia, realizava a maioria das necessidades básicas sozinha, mas de forma lenta. Foi diagnosticada com Deleção do Cromossoma 7 (ou Síndrome de *Williams*). Antes de entrar para a Associação Qe em 2014, a CD esteve num colégio de Ensino Especial. Atualmente, para além de frequentar o CAO, vive no Lar Residencial da Qe. Para além desta sessão, a estagiária também a acompanhava nas sessões de natação (3.^a feira) e de psicomotricidade (4.^a feira).

Durante as sessões: Tinha por hábito entrar no espaço da sessão e sentar-se numa das cadeira localizada num dos cantos da sala. Não participava nas atividades por iniciativa própria e demonstrava pouco interesse em realizá-las (sendo necessário, muitas vezes, pedir mais do que uma vez para que realizasse a tarefa proposta). Apesar desta resistência em iniciar qualquer atividade, na maioria das vezes, costumava realizá-la com sucesso. Ao nível da comunicação, esta comunicava eficazmente por gestos: utilizava o polegar para dizer que sim ou que não e, perante uma pergunta em que existisse duas opções de resposta - simbolizando cada mão uma delas, - a Carolina tinha a capacidade de compreender a estratégia e selecionava uma das mãos, apontando. Tendo em conta que foi o estudo de caso escolhido pela estagiária, existirá mais à frente uma descrição detalhada da cliente.

Margarida: A Margarida tinha 27 anos na altura da intervenção. Demonstrava preocupação excessiva face a pequenos problemas do quotidiano (e.g. quando tinha dores de barriga, lamentava-se muito, abordava os vários técnicos contando o que se passava e, por vezes, comprometia mesmo possíveis atividades futuras ficando sem as realizar). Costumava encontrar-se frequentemente bem-disposta - de sorriso fácil, meiga e faladora - e ria-se constantemente de situações indiferenciadas. Comunicava verbalmente, no entanto, com um discurso pouco fluente e um vocabulário pouco elaborado. Relativamente à autonomia, realizava todas as necessidades básicas sozinha. Gostava de ajudar os colegas com menos autonomia e demonstrava-se protetora em relação a estes. No caso da interação social, a Margarida relacionava-se bem com todos os colegas e técnicos. Vivia com os tios (pais adotivos) e com os irmãos (também adotivos). Entrou para o CAO da Associação Qe em 2014. O seu diagnóstico era de Paralisia Cerebral.

Durante as sessões: Costumava participar ativamente na maioria das tarefas que lhe eram pedidas. Respondia sempre que lhe era perguntado algo, acontecendo, por vezes, responder também quando não era a sua vez. Durante algumas sessões, e a meio destas, a Margarida realizava conversas paralelas com colegas, mostrando-se distraída. Além disso, esta demonstrava algumas dificuldades na autorregulação, apresentando um humor instável (havia sessões em que se encontrava muito satisfeita e participativa e outras em que não participava, nem interagia com ninguém).

Lúcia: A Lúcia tinha 27 anos na altura da intervenção. Era carinhosa, demonstrando afeto pelo outro (através de beijos ou de festas na cara) e costumando elogiar as pessoas à sua volta, brincalhona e também teimosa. Comunicava verbalmente, sem dificuldades, apesar de demorar um pouco a responder em qualquer situação. A Lúcia realizava todas as necessidades básicas sozinha. Relativamente à interação social, a Lúcia relacionava-se bem com todos os colegas e técnicos. Vivia com os pais e com os irmãos e entrou para o CAO da Associação Qe em 2013. Estava diagnosticada com T21.

Durante as sessões: Normalmente, realizava qualquer atividade que lhe fosse pedida, apesar de demorar algum tempo a iniciar a ação. A sua teimosia era revelada, caso quisesse ficar com algum objeto ou realizar alguma ação específica, insistindo vezes sem conta chegando a demonstrar sinais agressivos (e.g. gritar, perseguir o outro). No que toca a trabalhos manuais, esta era bastante perfeccionista, demorando, por isso, muito tempo a realizar atividades desse caráter.

Simão: O Simão na altura da intervenção tinha 20 anos. Costumava ser muito meigo e afetuoso com as técnicas ou com pessoas “novas” que entravam na instituição (nomeadamente do sexo feminino), segurando-lhes nas mãos, fazendo-lhes massagens, abraçando-as ou ficando simplesmente encostado a estas. Não tinha qualquer dificuldade na deslocação e realizava todas as necessidades básicas sozinho. Apresentava algumas dificuldades em comunicar, emitindo vocalizações pouco perceptíveis. Relativamente à interação social, o S relacionava-se bastante com os técnicos e pouco com os colegas. Encontrava-se frequentemente satisfeito e de bom-humor, demonstrando sorrisos repetidos. Gostava de andar de cavalo, jogar futebol, ouvir música e de ajudar os outros (uma vez que fazia muitas vezes “recados” aos técnicos). Entrou para o CAO da Associação Qe em 2017 e vivia com os pais e irmãos. Estava diagnosticado com Atraso Global do Desenvolvimento.

Durante a sessão: Realizava prontamente qualquer atividade que lhe fosse pedida e compreendida por ele. Nos momentos em que se realizavam atividades com outros

clientes, este costumava manter-se em pé, perto da atividade, até que lhe fosse dito para se sentar e descansar um pouco.

Mário: O Mário tinha 21 anos durante a intervenção. Costumava deslocar-se com passos rápidos e apresentava uma postura hipertónica. Era muito prestável e bem-educado (e.g. abria as portas para as pessoas passarem, no final da sessão fazia questão de segurar nas malas ou nos casacos para dar aos técnicos ou à estagiária). Relacionava-se bem com os colegas e com os técnicos e encontrava-se frequentemente bem-disposto, no entanto, quando se chateava com alguém ou com algo ou quando cometia algum erro, apresentava sinais de frustração. Relativamente à comunicação, por vezes, tinha dificuldades em comunicar, emitindo vocalizações pouco perceptíveis, utilizando os técnicos uma comunicação alternativa: faziam-lhe a pergunta de forma a que este confirmasse ou desmentisse a afirmação. Vivia com os pais e com a irmã. Entrou para o CAO da Associação Qe em 2015. Estava diagnosticado com DID.

Durante as sessões: Realizava prontamente qualquer atividade que lhe fosse pedida e estava sempre muito atento ao que se passava em seu redor. Apresentava um comportamento adequado em todos os contextos e cumpria as regras de funcionamento, não sendo necessário chamá-lo à atenção. No entanto, caso este se chateasse com alguma coisa ou com alguém durante a sessão, ou mesmo antes desta, mostrava-se muito perturbado e, por vezes, recusava-se a participar, optando por sair do espaço.

Bruno: O Bruno na altura da intervenção, tinha 19 anos. Realizava frequentemente demonstrações e/ou pedidos de afeto (e.g. pedia beijos, apontando para a sua bochecha ou pedia que lhe dessem a mão). Apresentava algumas dificuldades em comunicar, devido às suas vocalizações pouco perceptíveis. Relacionava-se bem com todos os técnicos e colegas. Não tinha qualquer dificuldade em deslocar-se pelo espaço e era independente a realizar as suas necessidades básicas. Começou a frequentar o CAO da Associação em 2017. Vivia com os pais e era filho único. Estava diagnosticado com uma dificuldade intelectual grave.

Durante as sessões: Participava nas atividades e respondia sempre que se lhe perguntava algo, estando muito atento. Era educado, adequando bem o seu comportamento aos diferentes contextos e cumpria todas as regras de funcionamento. Durante a realização das tarefas, e mesmo sabendo realizá-las, este pedia ajuda.

Sérgio: O Sérgio tinha 30 anos durante a intervenção. Costumava encontrar-se bem-disposto, alegre e ser muito brincalhão. Relacionava-se bem com todos os técnicos e colegas. Apresentava um discurso pouco fluente, com dificuldades na articulação e vocabulário pouco elaborado. Era capaz de realizar todas as necessidades básicas. O

Sérgio foi dos primeiros clientes a frequentar o CAO da Associação Qe e vive com os pais. Estava diagnosticado com Trissomia 8.

Durante as sessões: Na maioria das vezes, quando lhe era feita alguma pergunta, este respondia, sem hesitação, no entanto, algumas das vezes a resposta não era a correta. Apresentava alguma instabilidade de humor, uma vez que durante o tempo em que a estagiária o acompanhou, este demonstrou comportamentos completamente distintos: por vezes, participava ativamente nas sessões; noutras, escolhia ficar apenas a observar, manifestando-se apático. Em algumas das sessões, este saía a meio, sem apresentar justificação.

Leonel: O Leonel na altura da intervenção tinha 23 anos. Costumava andar vagarosamente e apresentar uma postura curvada. Era carinhoso, brincalhão e, por vezes, teimoso, sendo necessário repetir várias vezes o mesmo pedido até que este o executasse. Relacionava-se bem com todos os colegas e técnicos, tanto dentro como fora das sessões. Não tinha dificuldades em deslocar-se pelo espaço. Vivia no Lar Residencial da Associação Qe. O seu diagnóstico era de DID.

Durante as sessões: Participava ativamente nas sessões. Era um dos clientes mais autónomos e funcionais do grupo. Respondia sempre quando lhe era perguntado algo, sendo que, por vezes, também respondia quando a pergunta não era direcionada a ele, demonstrando alguma impulsividade. Realizava com sucesso a maior parte das tarefas propostas.

II.2.1.2 Caracterização do instrumento de avaliação desenvolvido

Tendo em conta as sessões que a estagiária observou antes de ser a própria a dinamizá-las e, mesmo quando as dinamizou de um modo informal (antes de estabelecer o plano de intervenção), verificou áreas a melhorar na maioria dos clientes. Deste modo, selecionou quatro áreas para posterior avaliação: noção do corpo, orientação espacial, orientação temporal e funções cognitivas. As justificações para cada uma das áreas encontram-se de seguida apresentadas.

Orientação temporal: A pertinência de avaliar esta área, para posteriormente ser trabalhada, prende-se ao facto da orientação diária por parte de cada indivíduo ser uma condição necessária e fundamental para a sua autonomia. Deste modo, é necessário compreender-se que cada dia está dividido em diversas partes (manhã, tarde e noite) e que, em cada uma dessas partes, existe um conjunto de tarefas específicas que devem ocorrer especificamente naquele momento (refeições, AVD', medicação, entre outras). Adicionalmente, é também importante perceber que, em cada dia da semana, determinadas atividades terão de ser realizadas, implicando uma ordem (estruturação de

um horário semanal e respectivas logísticas diárias). De forma complementar, e menos relevante do que os dois primeiros pontos mencionados, foi transmitida também a noção de meses e estações do ano. Estas noções permitem aos sujeitos uma compreensão dos padrões climáticos que variam ao longo do ano (ajudando-os, assim, na antecipação da escolha do vestuário adequado por exemplo).

Portanto, dentro desta área foi proposto o item “conceito de tempo”, recorrendo-se ao instrumento ECAP. Dentro deste, e precisamente, no domínio *Números e Tempo*, selecionou-se o item “Conceito de Tempo”. Esse item foi modificado, reduzindo-se e alterando-se as questões: a questão “Refere-se corretamente a “manhã” e a “tarde”” alterou-se para “A nossa atividade ocorre de manhã ou de tarde?”, a “Nomeia os dias da semana” alterou-se para “Que dia da semana é hoje?” e mantiveram-se as questões “Nomeia os meses do ano” e “Nomeia as estações do ano”.

Orientação Espacial: A justificação de ter sido esta outra área escolhida, encontra-se na necessidade que existe no indivíduo, de tomar consciência da situação do seu próprio corpo, relativamente ao outro e ao meio ambiente. Esta consciencialização do posicionamento espacial do seu corpo, permite ao indivíduo, relacionar-se com o mesmo de forma adequada, como referido anteriormente. Por outras palavras, a realização de determinadas atividades quotidianas de forma correta, encontra-se visivelmente associada à estruturação cognitiva das noções espaciais, sendo estas fundamentais para a sua autonomia. Desta forma, uma boa noção espacial permite ao indivíduo: identificar a proximidade de um veículo (perspetiva e tamanho de imagem), influenciando a sua segurança e sobrevivência; otimizar trajetos necessários ao seu dia-a-dia de forma a minimizar o cansaço e o tempo, entre outros.

Posto isto, nesta área foram propostos cinco itens: “Conceitos espaciais: no próprio”, “Conceitos espaciais: no outro”, “Conceitos espaciais: no objeto”, “Estruturação dinâmica” e “Representação topográfica”. Assim, para os primeiros três, recorreu-se ao Teste da Cognição Espacial e para os últimos dois utilizou-se a BPM. Relativamente aos três itens sobre os “Conceitos espaciais”, estes sofreram algumas alterações: para cada nível, juntaram-se os itens dos sub-testes 1 e 2 do teste original, deixando apenas uma questão relativa a cada conceito e, foram também acrescentados outros conceitos, nomeadamente, “cima/baixo” e “dentro/fora” (estes conceitos encontram-se apenas no item relativo ao objeto). No item “Estruturação dinâmica”, as adaptações realizadas foram as seguintes: selecionaram-se 3 das 6 fichas (1,3 e 5) mais o ensaio, para se ter uma noção da capacidade de memorização de uma sequência visual simples. No item “Representação topográfica”, existiram adaptações relativamente ao item original, de modo a

descomplexificar a tarefa. Em vez do levantamento topográfico, a estagiária colocou imagens (fotografias reais) de várias áreas-chave da sala, sendo que, no início da realização da tarefa, os clientes precisavam de nomear o que viam e/ou identificar essa fotografia no real, apontando. Relativamente ao trajeto, este também não foi elaborado com o mesmo número de “paragens” que no item original, reduzindo-se para três. Essas três paragens eram aleatórias para todos os clientes.

Noção do corpo: Esta aquisição corresponde ao facto de a construção mental dos conceitos corporais permitir uma melhor utilização do corpo na execução de ações intencionais, neste caso específico. É fundamental que o indivíduo conheça as funções de cada parte do corpo, bem como das possibilidades de ação deste e do meio. Outro ponto relevante, corresponde ao facto do ser humano se tratar de um ser social e, por isso, necessitar de viver em sociedade. Consequentemente, torna-se fundamental saber interpretar os sinais corporais dos restantes indivíduos, para que, em resposta a isso o seu comportamento seja adequado e se enquadre ao contexto. Posto isto, a noção corporal torna-se num ponto chave de comunicação, nomeadamente de comunicação não verbal (sinal de silêncio, apontar, aplaudir, levantar o polegar, entre outras). Pensa-se também que o desenvolvimento desta área contribui para uma melhor interpretação sensorial, ao facilitar a identificação da zona do corpo que está a sofrer um estímulo tátil.

Assim, neste domínio colocou-se o item “Pontos Corporais”. Este item teve por base o item “Conhecimento das partes do corpo” do EGP, no entanto, apenas o objetivo foi mantido – apontar sob designação verbal, – uma vez que praticamente todas as partes do corpo escolhidas foram diferentes.

Funções Cognitivas: A cognição torna-se uma área estrutural na existência humana. As funções cognitivas permitem ao indivíduo ter a competência para reunir, processar e avaliar informações que recebemos através dos estímulos (visuais, auditivos, proprioceptivos ou tácteis) e, seguidamente, formular conhecimento. Este facto torna-se ainda mais relevante em situações de alerta na qual a sobrevivência do indivíduo possa estar em jogo. Globalmente, esta área é como que o cerne do desenvolvimento humano comprometendo qualquer tipo de comportamento autónomo e, consequentemente, comprometendo todas as áreas acima discriminadas e ainda outras.

Deste modo, para avaliar esta área foram escolhidos os itens: “Atenção/vigilância”, “Perceção visual”, “Memória”, “Perceção auditiva” e “Perceção tátil”, todos retirados do EGP, com exceção dos itens “Memória”, criado pela estagiária e “Perceção auditiva”, adaptado da BPM. Assim, o item “Atenção/vigilância” manteve o objetivo, no entanto, o objeto utilizado foi uma caneta (em vez de um cubo). O item “Perceção visual” (no EGP

correspondia à “Memória perceptiva” e foram utilizadas três imagens – gato, cacho de uvas e montanha com neve. O item “Memória”, criado pela estagiária, deve realizar-se na sequência do item anterior e teve como objetivo, a identificação de cada uma dessas três imagens (estando estas viradas ao contrário). O item “Percepção auditiva”, teve o mesmo objetivo que o item original (Estruturação Rítmica), no entanto foram criados novos ritmos. Neste item existe um ensaio e três ritmos distintos dos originais. Por último, o item “Percepção tátil”, corresponde a um dos sub-itens do item original (Percepção) e foi utilizado na sua íntegra, acrescentando-se ainda mais um objeto-teste: pente.

Relativamente aos critérios de êxito utilizados, estes encontram-se divididos em quatro níveis distintos. O nível mais baixo corresponde a 0 pontos e significa que o indivíduo não realiza a tarefa pedida, os dois níveis seguintes, com 1 ou 2 pontos, correspondem a uma realização parcial e, por último, o último nível com 3 pontos, significa uma realização com sucesso. A pontuação atribuída à realização de cada tarefa é adaptada consoante o seu objetivo.

O instrumento de avaliação do Grupo A encontra-se, detalhadamente, apresentado nos Anexos (Anexo C – Instrumento de avaliação do Grupo A).

II.2.1.3 Métodos

A avaliação inicial (AI) teve a duração de duas sessões, tendo decorrido a 10 e a 17 de janeiro, entre as 13h e as 14h30, no espaço Comunicar’te.

Nas duas sessões de avaliação estiveram presentes sete dos oito elementos do grupo. O oitavo elemento esteve ausente durante todo o mês, tomando-se a decisão de não o incluir nas avaliações. Após o seu regresso, participou em todas as sessões em que esteve presente.

A aplicação do instrumento foi realizada a cada elemento individualmente e no mesmo espaço que os restantes.

A avaliação final (AF) também teve a duração de duas sessões, tendo decorrido a 30 de maio e a 6 de junho, entre as 13h e as 14h30, no mesmo espaço.

Tanto na AI como na AF, a maioria dos clientes demonstrou motivação, interesse e entusiasmo durante a sua avaliação. Durante as avaliações, a estagiária utilizou uma grelha de observação para registar os resultados obtidos por cada cliente e possíveis observações. Os resultados das avaliações encontram-se mais à frente no documento (Capítulo II. 3.6 Resultados e discussão de resultados).

II.2.1.4 Plano de intervenção

No decorrer da intervenção foram dinamizadas 17 sessões com o grupo: 13 para a intervenção propriamente dita e quatro para as avaliações iniciais e finais. Desta forma, a primeira sessão de IPM do Grupo A, teve início a 24 de janeiro de 2018 e terminou a 23 de maio de 2019, não incluindo neste período as sessões destinadas às avaliações. A frequência das sessões era semanal, realizando-se às quintas-feiras, das 13h00 às 14:30. Todas as sessões foram realizadas no espaço Comunicar'te.

Posto isto, e tendo em conta os resultados obtidos pelo grupo após a AI, e toda a observação informal até então, por parte da estagiária, elaborou-se um conjunto de objetivos gerais e específicos, constituindo estes, o plano de intervenção do grupo a realizar entre janeiro e maio. Encontram-se apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Objetivos gerais e específicos definidos para o Grupo A

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Promover a noção do corpo	Aumentar o conhecimento dos vários segmentos corporais e trabalhar a sua localização
	Trabalhar o reconhecimento esquerda-direita no próprio
	Trabalhar o reconhecimento esquerda-direita no outro
Promover a orientação temporal	Melhorar o conhecimento das fases do dia: manhã, dia e noite
	Aumentar o conhecimento dos dias da semana
	Aumentar o conhecimento dos meses do ano
	Aumentar o conhecimento das estações do ano, bem como as suas respetivas particularidades (relativas à natureza)
Promover a orientação espacial	Melhorar a noção dos conceitos espaciais (frente-trás, cima-baixo, dentro-fora) no próprio
	Melhorar a noção dos conceitos espaciais (frente-trás, cima-baixo, dentro-fora) no outro
	Trabalhar a reprodução de uma sequência de objetos, tendo em conta o espaço que esta ocupa, as posições e as distâncias entre cada objeto
	Trabalhar a identificação/nomeação de imagens
	Fazer a correspondência entre o concreto e o abstrato
	Trabalhar a organização espacial de vários objetos
	Aumentar a consciencialização da posição corporal face aos objetos a diferentes distâncias
Promover a realização de um percurso no espaço a partir de um plano abstrato	
Promover as funções cognitivas	Aumentar a atenção relativa a uma tarefa
	Melhorar a perceção visual, auditiva e tátil
	Melhorar a memória a curto prazo

As áreas avaliadas na aplicação do instrumento de avaliação do grupo foram distribuídas pelo período de intervenção apresentado de seguida (tabela 4). As colunas a cinzento escuro correspondem ao período de avaliação. Todos os objetivos foram

trabalhados novamente no mês anterior à AF, para lembrar o grupo das áreas anteriormente trabalhadas, com o objetivo de se conseguir o melhor desempenho possível.

Tabela 4 - Período de intervenção com o Grupo A

Áreas	Período de intervenção					
	Janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho
Noção do corpo	■	■			■	■
Orientação espacial	■	■	■	■	■	■
Orientação temporal	■	■	■		■	■

Os períodos estipulados na tabela serviram como linha orientadora para a estagiária, para que esta se pudesse organizar a longo prazo. No entanto, não houve rigidez durante a preparação das sessões do grupo, uma vez que os objetivos foram trabalhados ao longo da intervenção, de forma dinâmica e flexível.

II.2.1.5 Estrutura das sessões e atividades desenvolvidas

As sessões de IPM com o Grupo A seguiram, desde o início, uma estrutura específica, uma vez que se pretendia incutir rotinas nos clientes, permitindo-lhes uma maior organização no espaço e no tempo. A estrutura das sessões era composta por vários momentos:

- **ritual de entrada:** os clientes entravam na sala, cumprimentavam a estagiária e despiam os casacos, colocando-se confortáveis e apropriados para a sessão que se ia realizar. Este momento durava cerca de 5 minutos;
- **conversa inicial:** neste momento, a estagiária começava por perguntar ao grupo como se sentia e se havia algo que queriam partilhar. De seguida, perguntava em que momento do dia (manhã, tarde ou noite) e em que dia da semana se encontravam. Abordava ainda o tema das estações do ano, pedindo para que as nomeassem e as descrevessem sucintamente. Esta conversa durava cerca de 15 minutos;
- **fase fundamental da sessão:** este momento era composto por atividades semiestruturadas com objetivos previamente definidos – noção do corpo, orientação espacial e temporal. Tal como foi referido anteriormente, alguns dos objetivos foram trabalhados separadamente, de modo a proporcionar uma melhor consolidação dos conteúdos. Estas atividades envolviam competências psicomotoras, cognitivas, emocionais, de interação e comunicação. Assim, eram realizados entre duas a três atividades em grupo, perfazendo a duração de cerca de 50 a 60 minutos (exemplificadas na tabela 5);
- **momento lúdico final:** nesta altura a estagiária pedia que se levantassem e se colocassem em pé, numa roda. Era cantada uma música alusiva ao corpo humano,

ou seja, eram referidas determinadas partes do corpo e todos tinham que tocar nessas partes em simultâneo. Esta atividade era apreciada pela maioria, acabando por promover alguma descontração e diversão no grupo. Apresentava a duração de cerca de 5 minutos.

- **ritual de saída:** após o momento anterior a estagiária noticiava que a sessão tinha terminado. Todos os clientes ajudavam a arrumar os materiais, vestiam os casacos e dirigiam-se para a porta de saída.

Caso exista interesse em conhecer-se ao pormenor uma das sessões elaboradas, encontra-se nos anexos um exemplo de sessão (Anexo D – Exemplo de plano de sessão Grupo A).

Posto isto, e para uma melhor compreensão do trabalho propriamente dito realizado com o grupo, encontram-se, de seguida, exemplos de atividades para cada área, que foram desenvolvidas pela estagiária e, posteriormente, dinamizadas em contexto de sessão.

Tabela 5 - Exemplos de atividades dinamizadas - para cada área - com o Grupo A

Noção do corpo
<p>“Cantar e dançar a música do corpo humano”: Todos devem colocar-se em pé e numa roda. A estagiária e a técnica devem cantar a música do corpo humano, com o objetivo de relembrar os clientes, à medida que realizam a respetiva coreografia. De seguida, todos devem realizá-la em conjunto.</p> <p>“Onde te estamos a tocar?”: É pedido um voluntário. De seguida, deve ser-lhe colocada uma venda nos olhos. Os restantes, devem pegar num conjunto de imagens com as várias partes do corpo e escolher três, identificando-as primeiro no seu corpo e, posteriormente, no colega vendado, tocando-lhe. Este deve retirar a venda e, posteriormente, dizer em que zonas do corpo é que os colegas lhe tocaram. Todos os clientes devem fazer o papel de pessoa “vendada”. Nota: se necessário, são colocadas todas as imagens das partes do corpo e o cliente aponta para aquelas em que foi tocado.</p> <p>“Faz o desenho de ti”: A estagiária começa por distribuir uma folha branca e a respetiva fotografia da cara de cada um*, pedindo para que todos a coleem no topo da folha. De seguida, coloca em cima da mesa lápis de cores e pede para que estes desenhem o resto do seu corpo, tendo atenção a todos os segmentos corporais. Por fim, apresenta vários acessórios/peças de roupa (boné, chapéu, t-shirt, calças, calções, sapatos, colar, entre outros) feitas de eva e pede-lhes para que os coleem no seu desenho (de modo a torná-lo mais divertido). *fotografia tirada dias antes da sessão</p> <p>“Despedida com um mais 5”: A estagiária deve dar “mais 5” a cada um, pedindo que levantem a mão esquerda ou direita.</p>
Orientação espacial
<p>“Onde está o boneco amarelo?”: A estagiária apresenta uma caixa com vários papelinhos lá dentro (sendo que cada um tem o nome de um cliente). A estagiária coloca o boneco num local da sala e pede para que alguém retire um papel da caixa. O nome da pessoa que estiver no papel, terá que responder a uma pergunta sobre a posição do boneco face a outro objeto (e.g.: o boneco está à frente ou atrás do ar condicionado?...do lado esquerdo ou direito do... em cima ou em baixo do...?). Após a pessoa ter respondido, será essa que coloca o boneco noutra lugar. É retirado novamente um papel.</p> <p>“Encontrar as flores perdidas”: É explicado ao grupo que vão executar uma “missão”: encontrar as flores (elaboradas por eles, anteriormente) perdidas por toda a Qe. Todos devem seguir as indicações dadas pela estagiária e responder a perguntas que serão feitas ao longo da atividade (ex: a flor está atrás/ à frente/ por cima/ por baixo/ dentro/ fora de...?).</p> <p>“Comboio”: Devem levantar-se e colocar-se em “fila indiana”, com ambas as mãos pousadas em cima dos ombros do colega. A estagiária começa por perguntar a cada cliente quem se encontra à sua frente e atrás de si. Depois, pede a um cliente que se coloque entre dois dizendo “vai para trás do...e para a frente do...”.</p>

Orientação temporal

“Ritual de entrada”: Após estarem todos sentados à volta de uma mesa, a estagiária começa por perguntar como se sentem e se existe algo que queiram partilhar. Depois pergunta em que momento do dia (manhã, tarde ou noite) e em que dia da semana em que se encontram. Pede para que lhes lembre das estações do ano existentes.

“Estações do ano”: A estagiária deve apresentar 4 imagens diferentes - cada uma simbolizando uma estação do ano – e posteriormente explica o que acontece em cada uma delas. De seguida, deve apresentar um conjunto de cartões com imagens para que cada um, à vez, retire um cartão, diga o que vê na imagem, em que altura usa ou o que come e, por fim, corresponda o cartão à imagem correta. (imagens: cachecol, gorro, casaco, árvore de natal, boneco de neve, botas, árvores sem folhas, mantas, gelado, t-shirt, castelo de areia, campos com flores, amêndoas da páscoa, castanhas).

“Quem faz anos em que mês?": A estagiária apresenta um conjunto de tiras de papel, onde está escrito em cada uma um mês do ano. Deve pedir para que, em conjunto, se coloquem as tiras por ordem. Após essa tarefa estar concluída, devem verbalizar ao mesmo tempo todos os meses do ano e, de seguida, escrever numa tira de papel o seu nome. Por fim, a estagiária dá a conhecer aos clientes o mês de aniversário de cada um, e estes, à vez, vão colocar o seu nome no respetivo mês.

“Criar uma música”: A estagiária explica que vão criar uma música. Assim, pede a cada indivíduo para elaborar um som (vocalizando, utilizando o corpo ou batendo em algum objeto). Como regra, sempre que é adicionado um novo som, a sequência anterior deve ser repetida. No fim, todos devem realizar a música.

II.2.1.6 Resultados e discussão de resultados

Os resultados obtidos nos momentos de avaliação inicial e final, encontram-se apresentados de seguida (tabela 6), sendo possível comparar-se esses dois momentos de avaliação em cada item.

Tabela 6 - Resultados iniciais e finais obtidos pelo Grupo A

Itens	Carolina		Margarida		Lúcia		Simão		Mário		Sérgio		Leonel		Pontuação máxima
	AI	AF	AI	AF	AI	AF	AI	AF	AI	AF	AI	AF	AI	AF	
1. Sentido cinestésico	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3
2. Conceito de tempo	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	0	2	1	2	3
3. Conceitos espaciais: no próprio	3	2	2	3	2	3	0	2	3	3	1	2	2	3	3
4. Conceitos espaciais: no outro	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	3	3
5. Conceitos espaciais: no objeto	2	3	2	3	3	3	1	2	2	3	2	2	3	3	3
6. Estruturação dinâmica	0	0	0	1	1	1	0	0	2	2	0	0	2	3	3
7. Representação topográfica	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2
8. Atenção/ vigilância	1	2	0	2	1	2	0	0	2	2	0	2	2	2	2
9. Perceção visual	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
10. Memória	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3
11. Perceção auditiva	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	1	1	2	2	3
12. Perceção tátil	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3
Diferença pontual global (AF-AI)	2		8		5		6		5		6		5		

Após a análise da tabela, e comparando os resultados da AI com a AF, foi possível retirar algumas ilações. Apesar de não ser típico, achou-se pertinente realçar as evoluções e as regressões, colorindo-as de verde ou de vermelho, respetivamente.

Numa perspetiva global, ou seja, em 84 comparações de resultados iniciais com resultados finais, verificou-se que em 35 destas registou-se uma progressão, melhorando o valor final face ao valor inicial; 46 das comparações mantiveram-se iguais, ou seja, o resultado de ambas as avaliações foi igual e, por fim, quatro das comparações apresentaram uma regressão, tendo em conta que o resultado das avaliações finais piorou relativamente ao resultado das avaliações iniciais.

Adicionalmente, foram calculadas as médias das avaliações iniciais, finais e a sua diferença para facilitar a análise e evidenciar os resultados obtidos (tabela 7).

Tabela 7 - Médias das avaliações do Grupo A

	Média da AI	Média da AF	Pontuação máxima	Média das diferenças
1. Sentido cinestésico	2,29	2,29	3	0
2. Conceito de tempo	1,14	2	3	0,86
3. Conceitos espaciais: no próprio	1,86	2,57	3	0,71
4. Conceitos espaciais: no outro	1,71	2,29	3	0,57
5. Conceitos espaciais: no objeto	2,14	2,71	3	0,57
6. Estruturação dinâmica	0,71	1	3	0,29
7. Representação topográfica	1,57	1,86	2	0,29
8. Atenção/ vigilância	0,86	1,71	2	0,86
9. Perceção visual	3	2,86	3	-0,14
10. Memória	2,43	2,86	3	0,43
11. Perceção auditiva	0,43	1,14	3	0,71
12. Perceção tátil	2,86	2,86	3	0

Começando pelos itens que apresentaram significativas melhorias, ou seja, que quando comparada a AI com a AF, esta última teve resultados superiores, existiram seis itens que se destacaram, devido a mais de metade dos clientes terem melhorado a sua prestação ou devido à evolução significativa de alguns deles.

Um dos itens que teve mais progressões foi o *Conceito de tempo*, com cinco dos sete clientes a melhorar o seu resultado na AF. Uma das explicações para esta evolução foi o facto da estagiária ter introduzido no plano de intervenção do grupo uma atividade inicial fixa, que consistia numa conversa de grupo em que fazia perguntas a cada cliente acerca do momento do dia, do mês e da estação do ano em que se situavam, abordando também particularidades de cada estação, e falando, se fosse o caso, de épocas festivas próximas. Deste modo, constatou-se uma evolução ao longo dos meses de intervenção,

tanto na identificação do momento do dia em que se encontravam, como, na nomeação e compreensão das diferentes estações do ano.

Outros itens que melhoraram na maioria dos clientes foram os dos *Conceitos espaciais*, nomeadamente o item 3, referente ao próprio, tendo em conta que cinco dos sete clientes melhoraram a sua prestação. No caso dos outros dois itens (*no outro e no objeto*, itens 4 e 5, respetivamente), quatro dos sete clientes melhoraram a sua *performance*. Relativamente ao item 3, na AI verificou-se alguma dificuldade em identificarem zonas específicas de partes de corpo (e.g. “parte de baixo do queixo” ou “parte de trás da perna”), no entanto, na AF a maioria dos clientes realizou com sucesso essas tarefas. No caso do item 4, *Conceitos Espaciais: no outro*, alguns dos clientes mantiveram a sua dificuldade em colocar-se do lado direito ou esquerdo do colega, uma vez que a estagiária pedia várias vezes para realizarem essa ação ao longo da avaliação e as respostas dadas pela maioria dos clientes divergiam (e.g. o mesmo cliente, por vezes, deslocava-se para um lado e noutras, deslocava-se para o outro, face à mesma pergunta). No entanto, caso a estagiária pedisse apenas para os clientes se colocarem “ao lado do colega”, estes realizavam a tarefa com sucesso. Relativamente ao item 5, *Conceitos Espaciais: no objeto*, muitos dos clientes tiveram dificuldade em diferenciar dois conceitos – frente e cima – uma vez que confundiam a parte da frente com a parte de cima do objeto (caixa). De referir ainda que, quando era perguntado qual era a parte de baixo da caixa, alguns dos clientes agarravam-na e apontavam para o local correspondente, no entanto, caso estes não o fizessem prontamente, a estagiária levantava a caixa, ficando a segurá-la no ar, provocando a visibilidade dessa parte.

O item *Atenção/vigilância* também registou melhorias significativas, uma vez que, quatro clientes melhoraram os seus resultados, sendo que dois deles subiram dois níveis de cotação (passaram de 0 para 2). Na AI a maioria dos clientes não realizou a tarefa com sucesso, acontecendo diversas situações: uma vez que não tinham reação, acompanhavam apenas a contagem da estagiária ou agarravam na caneta apenas quando a estagiária parava de contar. Já na AF, apenas um dos clientes manteve o seu resultado. Refletindo acerca desta evolução, surgem diversas hipóteses: o trabalho desenvolvido com os clientes ao longo dos meses proporcionou uma melhoria dos níveis de atenção do grupo através das diferentes tarefas realizadas e/ou a indicação da estagiária na AF pode ter sido mais clara e perceptível relativamente à AI.

Por último, o item *Perceção auditiva* apresentou uma boa progressão, uma vez que quatro dos sete clientes melhoraram a sua prestação. Neste item, muitos dos clientes acertavam no número de batimentos, no entanto, sem fazer as pausas devidas. No entanto,

praticamente todos os clientes realizaram o ensaio com sucesso em ambas as avaliações. Apesar da evolução observada, é possível afirmar-se que este item é uma das áreas fracas do grupo.

Relativamente aos itens *Pontos corporais* e *Percepção tátil*, não houve qualquer alteração nos resultados, havendo uma manutenção do desempenho de quase todos os clientes (em ambos, um cliente melhorou e outro piorou). Pode-se dizer que esta manutenção de resultados é mais positiva no item *Percepção tátil* uma vez que praticamente todos eles obtiveram o resultado máximo (sendo que a média arredondada é de 3). Este item é considerado, por isso, uma das áreas fortes do grupo A. No que diz respeito à avaliação do *Pontos corporais*, na AF a maioria dos clientes continuou com dificuldades em duas partes do corpo específicas, nomeadamente: “pulso” sendo que quando lhes era pedido para localizar tatilmente essa zona apontavam para o cotovelo e “tornozelo”, pois apontavam para o joelho ou para a perna. De referir ainda que, na AI existiram outras duas partes do corpo em que os clientes tiveram dificuldade – “polegar”, uma vez que simplesmente não sabiam ou apontavam para outro dos dedos aleatoriamente, no entanto, na AF quase todos responderam corretamente – e ainda – “peito”, pois três dos clientes apontaram para a sua zona abdominal, contudo, na AF apenas um dos clientes indicou novamente essa zona, revelando que os conceitos que fazem parte do tronco ficaram praticamente adquiridos pelo grupo.

No que diz respeito aos itens em que se verificou uma menor progressão, nomeadamente, os itens 6, 7, respetivamente, *Estruturação dinâmica* e *Representação topográfica*, apenas dois dos sete clientes melhoraram os seus resultados. No item *Estruturação dinâmica*, é possível observar-se o maior número de clientes com insucesso na tarefa (0 pontos), e que apesar de ter tido uma ligeira evolução, pode ser considerada outra das áreas fracas do grupo A. Relativamente ao item *Representação topográfica*, e no caso da AF, apenas um cliente manteve o seu resultado de 2 pontos, sendo que todos os outros melhoraram para o nível máximo ou simplesmente mantiveram esse mesmo nível. Durante a realização deste item, e em ambas as avaliações, a estagiária verificou que todos os clientes souberam identificar as várias fotografias que lhes foram mostradas, demonstrando um bom reconhecimento do espaço da sessão. No momento de realização do percurso, e relativo à AF, apenas um dos clientes manteve a dificuldade em realizá-lo pela ordem previamente definida, necessitando de ajuda verbal. Apesar disso, no global, estas observações tornam este item uma das áreas fortes do Grupo A.

Interpretando o item *Percepção visual* pode-se verificar que é o único em que a média das diferenças é negativa, uma vez que apenas um cliente regrediu (desceu de 3 para 2),

sendo que os restantes mantiveram os seus resultados. Do ponto de vista da estagiária, este resultado não é preocupante, uma vez que surgiu isolado, acreditando esta que se deveu a uma desconcentração por parte do cliente no momento de avaliação. Para além disso, este item pode ser considerado uma área forte do Grupo A.

Adicionalmente, verificaram-se quatro regressões, no entanto, não foi dada relevância a essas alterações, uma vez que cada uma dizia respeito não só a um cliente diferente, como também a um item diferente. De salientar ainda que qualquer uma dessas alterações passam do nível máximo de cotação para o nível anterior a esse (de 3 para 2 pontos).

Analisando agora, a nível individual é de notar que todos os clientes melhoraram o seu desempenho globalmente, uma vez que a diferença pontual global é positiva em todos os casos (consultar tabela 6, última linha).

De evidenciar o caso da cliente Margarida, que teve uma prestação extremamente positiva entre a AI e a AF, uma vez que melhorou em praticamente todos os itens, progredindo em 7 dos 12 itens e obtendo assim, uma diferença pontual global (AF-AI) de 8 pontos. No decorrer das avaliações, a estagiária sentiu que a Margarida estava pouco disponível durante a AI, realizando algumas das tarefas com pouco interesse e motivação. Contudo, na AF, a cliente demonstrou prontidão e vontade em realizar as tarefas. Assim, pensa-se que estes resultados tão positivos se podem dever ao facto de a disponibilidade da Margarida para a realização das duas avaliações ter sido diferente, uma vez que, tal como referido na sua caracterização, esta apresentava dificuldades de autorregulação e um humor instável.

Também os clientes Simão e Sérgio melhoraram consideravelmente, uma vez que a diferença pontual global (AF-AI) foi de 6 pontos para ambos os casos. O primeiro melhorou em 5 itens e o segundo em 4 dos 12 itens (sendo que em dois deles aumentou de 0 para 2 pontos). Uma das explicações que a estagiária encontrou para a melhoria dos resultados do Simão foi: uma vez que este cliente tem algumas dificuldades de comunicação, sendo que não comunica praticamente verbalmente, vocalizando apenas alguns sons, mas também tem dificuldades em comunicar não verbalmente, pois não tinha estabelecido um método de comunicação alternativo eficaz, a estagiária sentiu alguma dificuldade em avaliá-lo nos momentos da AI. Deste modo, respostas dadas pelo Simão a algumas tarefas podem ter sido mal interpretadas. Tendo em conta que ao longo da intervenção foi possível conhecer-se melhor as particularidades de todos os clientes, inclusive do Simão, a estagiária foi compreendendo e comunicando melhor com este, interpretando com mais facilidade as suas respostas e especificamente, as que foram

dadas aquando a AF. Assim, atribui esta alteração significativa de resultados à comunicação pouco eficaz estabelecida inicialmente. Relativamente ao Sérgio, uma das suas características era a instabilidade de humor, como já foi referido, característica esta verificada tanto fora como dentro das sessões, originando alguma dificuldade em se concentrar nos momentos em que se encontrava com um estado de espírito menos disponível. Portanto, os dois momentos de avaliação realizados (AI e AF) corresponderam a dois estados de humor distintos do Sérgio, sendo que na AI este se encontrava com muito menos motivação e interesse em realizar as tarefas propostas quando comparado com a AF.

Assim, fazendo uma síntese global, é possível concluir que as áreas trabalhadas no plano de intervenção melhoraram – orientação espacial e orientação temporal – ou mantiveram – noção do corpo.

II.2.2 Grupo B

As sessões do Grupo B decorriam sexta-feira, entre as 13h e as 14h30, num dos *ateliers* da Associação Qe, o Espaço Movimento. As sessões do Grupo B iniciaram-se no início de outubro, onde a estagiária começou por ter um papel de observação participada e a partir de 16 de novembro de 2018, começou a apresentar planeamentos e a dinamizar as sessões, sempre com a ajuda e supervisão da orientadora local.

II.2.2.1 Caracterização do Grupo B

O grupo era constituído por sete clientes, com idades entre os 20 e os 53 anos. Encontra-se de seguida uma descrição de cada um deles.

Carla: A Carla na altura da intervenção tinha 43 anos. Esta adotava uma postura curvada (em pé ou sentada). Devido à sua doença (cuja origem era desconhecida), perdeu gradualmente as suas capacidades, sendo que, no momento em que o estágio decorreu, esta necessitava de ajuda para quase todas as necessidades básicas. Relativamente ao seu estado de espírito, demonstrava-se apática face a qualquer situação a seu redor. Manifestava instabilidade de humor, uma vez que, havia dias em que passava grande parte do tempo a chorar e vocalizar sons constantemente, e noutros, apresentava-se serena. Não comunicava nem se relacionava com ninguém.

Durante as sessões: Nunca participava nas atividades, mantinha-se de pé ou sentada numa cadeira perto da porta do atelier. Por vezes observava partes da sessão.

Érica: A Érica na altura da intervenção tinha 39 anos. Era hipertónica, caracterizada por uma rigidez muscular generalizada (tronco, membros superiores e inferiores e pescoço). Deslocava-se autonomamente em qualquer tipo de piso. Não verbalizava com

intenção de comunicar com o outro, no entanto, costumava falar muito, comentando (ou repetindo várias vezes) frases soltas fora do contexto (ecolálias). Estava diagnosticada com Perturbação do Espectro de Autismo (PEA) e Paralisia Cerebral.

Durante as sessões: Na maioria das vezes, esta não executava o que era pedido, mantendo-se quieta (e frequentemente a falar). Esta realizava as atividades propostas apenas se fosse conduzida, necessitando assim, na maior parte das vezes, de ajuda física. Quando as tarefas não eram dirigidas a si, costumava caminhar pela sala e falar sozinha.

Guilherme: O Guilherme, na altura da intervenção, tinha 22 anos. Era muito carinhoso, simpático e divertido. É de realçar a sua flexibilidade, uma vez que tanto dentro como fora da sessão, este gostava de se sentar ou de se deitar e colocar os seus pés à medida das orelhas, sem qualquer dificuldade, permanecendo assim alguns minutos. Relativamente ao relacionamento interpessoal, o Guilherme necessitava de muita atenção por parte da estagiária ou dos técnicos, no entanto, relacionava-se pouco com os colegas. Não tinha dificuldade em comunicar verbalmente e desenvolveu uma comunicação alternativa através de língua gestual: *Makaton*. Era autónomo a realizar as suas necessidades básicas. Estava diagnosticado com T21. Para além desta sessão, a estagiária também o acompanhava nas sessões de natação (3.ª feira) e atividade motora adaptada (4.ª feira).

Durante as sessões: Participava ativamente nas sessões, realizando a maioria das atividades propostas com sucesso. Em alguns momentos das sessões, nomeadamente, durante a preparação das atividades, o Guilherme encontrava-se sentado numa bola de pilates. Se lhe fosse pedido, este era capaz de ajudar a preparar a atividade, como também a arrumar os materiais no final da sessão. Por vezes, era necessário chamá-lo à atenção, uma vez que apresentava comportamentos desajustados (e.g. não queria sair do mesmo lugar, fazia “birra”). Ao longo da sessão este mostrava-se sempre disponível para ajudar os colegas com mais dificuldades na realização das tarefas propostas.

Gustavo: O Gustavo, na altura da intervenção, tinha 20 anos. Apesar de não se relacionar muito com os colegas ou técnicos, sempre que tentavam interagir com este - sorrindo, cumprimentando-o ou dando-lhe um abraço, - este retribuía. Apresentava-se frequentemente bem-disposto, sorrindo frequentemente. Relativamente ao relacionamento interpessoal, este relacionava-se pouco com os colegas e com os técnicos. Era autónomo na realização das diferentes necessidades básicas. O Gustavo começou a frequentar o CAO da Associação em 2015 e vivia com os pais, com o irmão e com a avó. Estava diagnosticado com T21 e PEA.

Durante as sessões: Normalmente chegava ao espaço da sessão e sentava-se de “pernas à chinês”, no mesmo canto da sala, perto de uns baldes com legos e outros materiais. De seguida, era habitual apontar fixamente para um desses baldes (que continha um conjunto de alimentos e embalagens em miniatura), esperando tranquilamente em silêncio, até que surgisse o momento em que captava a atenção da estagiária e/ou da técnica, para que, posteriormente, lhe fosse concedida a “permissão” de pegar nesse balde, manipulando o seu conteúdo. Devido ao seu fascínio por essa atividade, o Gustavo apenas interrompia a tarefa caso a estagiária interagisse com este durante a sessão, caso contrário, era capaz de passar o tempo todo envolvido nessa tarefa. Após a estagiária pedir ao Gustavo que participasse em determinada tarefa, era habitual este oferecer alguma resistência face a deixar a sua atividade, ao que a estagiária retorquia que este, após a conclusão da atividade, podia regressar para o mesmo local. Outro ritual com este cliente consistia no facto de pouco tempo antes da sessão terminar, era-lhe informado que esta estava quase a terminar e que ele podia ir “limpar”, por isso, este ia buscar um papel e dirigia-se para uma pequena sala ao lado do espaço da sessão para “limpar o pó” a alguns móveis. Esse momento da sessão era muito desejado pelo Gustavo, uma vez que demonstrava um interesse especial por limpezas de espaços.

Dário: O Dário na altura da intervenção tinha 22 anos. Apesar de se relacionar pouco com os colegas ou técnicos, sempre que estes lhe sorriam ou cumprimentavam, este retribuía o gesto. No geral, demonstrava-se sempre bem-disposto. Não comunicava verbalmente e utilizava pouco a comunicação não verbal (realizava alguns gestos para apontar para algo).

Durante as sessões: Normalmente, chegava ao espaço da sessão, pegava num colchão e dirigia-se para um sítio específico, deitando-se, mas mantendo-se atento ao que se passava ao seu redor. Quando lhe era pedido para realizar alguma tarefa, a técnica ou a estagiária dirigia-se a ele e este por vezes, oferecia resistência, sendo necessário insistir para que realizasse a atividade. Nessas alturas, executava as tarefas com pouca atenção e motivação, demonstrando pouco empenho. No entanto, nas sessões em que este demonstrava interesse em participar, realizava qualquer tarefa desde que fosse conduzido, ou seja, quase sempre com ajuda física. Quando terminava a tarefa, preferia regressar ao seu lugar, voltando a sentar-se ou a deitar-se num colchão.

Simão: Este cliente também frequentava o grupo de intervenção anterior, pelo que já foi descrito. Apesar de se encontrar numa sessão distinta, tinha comportamentos semelhantes nos dois contextos e apresentava uma boa interação com o grupo, pelo que não será necessário fazer mais observações.

Constantino: O Constantino na altura da intervenção tinha 53 anos. Relativamente ao relacionamento interpessoal, este relacionava-se pouco com os colegas e com os técnicos, encontrando-se muitas vezes num canto dos espaços, apenas a observar o que se passava ao seu redor. Apesar de se deslocar autonomamente pelo espaço, exibia pequenas dificuldades no equilíbrio, apresentando por vezes oscilações na marcha. Era autónomo na realização de todas as AVD'. Entrou para o CAO da Qe em 2014 e vivia com as irmãs. Foi diagnosticado com DID, perturbação esta originada por uma meningite contraída na infância.

Durante as sessões: Sempre que chegava ao espaço da sessão, escolhia uma cadeira e sentava-se, escolhendo ficar apenas a observar a sessão. No decorrer da atividade de ativação geral, a estagiária perguntava-lhe se este queria participar em determinada atividade e este respondia afirmativamente, levantando-se e participando, no entanto, noutras vezes, não queria, preferindo ficar apenas ver. Nesses momentos, era frequente relatar o que ia acontecendo no decorrer das atividades ou fazer comentários específicos acerca de uma prestação de algum cliente (chegando a ser inconveniente). Ocasionalmente, e continuando sentado na cadeira, o Constantino realizava movimentos semelhantes aos que estavam a ser realizados pelos restantes colegas, relativamente à atividade dinamizada. Apresentava alguns comportamentos menos adequados ao contexto, sendo necessário chamá-lo à atenção. Na maioria das vezes, este não ficava presente até ao fim da sessão, abandonando-a a meio e despedindo-se de todos antes de sair do espaço.

Importa mencionar ainda que, como foi explicado nas caracterizações dos clientes, alguns destes não comunicavam de todo verbalmente ou tinham algumas dificuldades. Deste modo, ao longo de todo o tempo de interação com estes, foram utilizados métodos de comunicação alternativa (utilizando sinais de língua gestual, de aprovação ou desaprovação). Assim, todas as perguntas que eram realizadas, eram colocadas de modo a que a resposta surgisse na forma dicotómica (sim ou não).

II.2.2.2 Caracterização do instrumento de avaliação desenvolvido

Após todas as sessões observadas, bem como as que foram dinamizadas, antes de ser definido um plano de intervenção, a estagiária verificou algumas áreas a melhorar por parte do Grupo B. Estas áreas foram as seguintes: equilíbrio, orientação espacial e funções cognitivas. Deste modo, as justificações para cada uma das áreas encontram-se, de seguida, apresentadas.

Equilíbrio: O equilíbrio compreende qualquer comportamento que, de forma quase involuntária, resulta numa correção postural de forma a evitar a queda do indivíduo. Por

outras palavras, a correção da postura, em marcha ou em repouso, como forma de balancear as forças gravíticas às quais o nosso corpo é exposto corresponde então ao equilíbrio. Torna-se, por isso, evidente, trabalhar esta área, de modo a que os indivíduos evitem lesões advindas de quedas e para que possam desempenhar uma atividade motora de forma autónoma, eficaz e segura, em diferentes tipos de piso.

Neste domínio foram colocados os itens “Equilíbrio estático”, “Equilíbrio dinâmico: marcha controlada” e “Equilíbrio dinâmico: andar sobre blocos”. Todos estes itens foram retirados da BPM na sua íntegra (tarefa em si + condições de aplicação + materiais necessários).

Orientação Espacial e Funções Cognitivas: As justificações para a avaliação destas áreas é a mesma que a do Grupo A, daí os itens desenvolvidos serem também os mesmos. Caso necessário, a sua explicação encontra-se previamente descrita no capítulo II 3.2. Caracterização do instrumento de avaliação desenvolvido. Também os critérios de êxito são iguais aos do Grupo A, pelo que também poderão ser consultados no mesmo capítulo.

O instrumento de avaliação do Grupo B encontra-se detalhadamente apresentado nos Anexos (Anexo E – Instrumento de Avaliação Grupo B).

II.2.2.3 Procedimentos

A AI do Grupo B teve a duração de duas sessões, tendo decorrido a 18 e a 25 de janeiro, entre as 13h e as 14h30, no Espaço Movimento.

Nas sessões de avaliação estiveram presentes sete dos oito elementos, dos quais foram avaliados seis. O elemento que esteve presente e não fez parte da avaliação foi a Carla, tendo em conta as suas características. A avaliação foi feita a cada elemento individualmente, no entanto foi realizada no mesmo espaço que os restantes.

A AF também teve a duração de duas sessões, tendo decorrido a 7 e a 14 de junho, entre as 13h e as 14h30, no Espaço Movimento.

Tanto na AI como na AF, a maioria dos clientes demonstrou motivação, interesse e entusiasmo durante a sua avaliação. Durante as avaliações, a estagiária utilizou uma grelha de observação para a registar os resultados obtidos por cada cliente e possíveis observações. Os resultados das avaliações encontram-se mais à frente no documento (Capítulo II. 7.8. Resultados e discussão de resultados).

II.2.2.4 Plano de intervenção

No decorrer da intervenção foram dinamizadas 20 sessões com o grupo: 16 para a intervenção propriamente dita e quatro para as avaliações iniciais e finais (a partir do

momento da AI). Desta forma, a primeira sessão de IPM do Grupo B teve início a 1 de fevereiro de 2018 e terminou a 31 de maio de 2019, não incluindo neste período as sessões destinadas às avaliações. A frequência das sessões era semanal, realizando-se às sextas-feiras, das 13h00 às 14:30. Todas as sessões foram realizadas no Espaço Movimento.

Tendo em conta os resultados obtidos pelo Grupo B na AI, juntamente com toda a observação informal até então, foi estabelecido um plano de intervenção constituído pelos objetivos gerais e específicos apresentados de seguida, na tabela 8.

Tabela 8 - Objetivos gerais e específicos definidos para o Grupo B

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Promover a atenção/memória	Aumentar a atenção sustentada nas tarefas propostas
	Aumentar a atenção seletiva numa determinada tarefa
	Aumentar a concentração nas diversas tarefas
	Estimular a memória semântica numa determinada tarefa
	Estimular a memória episódica numa determinada tarefa
	Estimular a memória de trabalho numa determinada tarefa
Promover o equilíbrio	Trabalhar o equilíbrio estático em diferentes superfícies
	Trabalhar o equilíbrio estático em pequenas alturas
	Trabalhar o equilíbrio dinâmico em diferentes superfícies
	Trabalhar o equilíbrio dinâmico em pequenas alturas
	Aumentar a consciencialização dos movimentos corporais realizados em diferentes superfícies
Promover a estruturação espacial	Melhorar a noção dos conceitos espaciais (frente-trás, cima-baixo, dentro-fora) no próprio
	Melhorar a noção dos conceitos espaciais (frente-trás, cima-baixo, dentro-fora) no outro
	Melhorar a noção dos conceitos espaciais (frente-trás, cima-baixo, dentro-fora) num objeto
	Trabalhar a reprodução de uma sequência de objetos, tendo em conta: <ul style="list-style-type: none"> - o espaço que esta ocupa; - as posições de cada objeto; - as distâncias entre cada objeto
	Trabalhar a identificação/nomeação de imagens no abstrato
	Trabalhar a correspondência entre o concreto e o abstrato
	Trabalhar a organização espacial de vários objetos
	Aumentar a consciencialização da posição corporal face a objetos localizados a diferentes distâncias
	Promover a realização de um percurso no espaço a partir de um plano abstrato

As áreas avaliadas na aplicação do instrumento de avaliação do Grupo B foram distribuídas pelo período de intervenção apresentado na tabela 9. As colunas a cinzento escuro correspondem ao período de avaliação. Todos os objetivos foram trabalhados novamente no mês anterior à AF, com o objetivo de relembrar o grupo das áreas anteriormente trabalhadas, para assim se conseguir o melhor desempenho possível.

Tabela 9 - Período de intervenção com o Grupo B

Áreas	Período de intervenção					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Atenção/Memória	■	■	■	■	■	■
Equilíbrio	■	■			■	■
Orientação espacial	■		■	■	■	■

II.2.2.5 Estrutura da sessão e atividades desenvolvidas

As sessões de IPM com o Grupo B seguiram, desde o início, uma estrutura específica, uma vez que se pretendia inculcar rotinas nos clientes, permitindo-lhes uma maior organização no espaço e no tempo. A estrutura das sessões era composta por vários momentos:

- **ritual de entrada:** os clientes entravam na sala, cumprimentavam a estagiária e despiam os casacos, colocando-se confortáveis e apropriados para a sessão que se ia realizar;
- **ativação geral:** eram realizados exercícios de preparação e ativação tónico-postural, como tarefas de controlo postural, controlo respiratório, motricidade global e equilíbrio, ao mesmo tempo que se trabalhava a interação grupal. Esta atividade durava cerca de 10 minutos. Esta e as atividades subsequentes eram sempre acompanhadas por uma música de fundo;
- **fase fundamental da sessão:** este momento era composto por atividades semiestruturadas com objetivos pré-definidos: equilíbrio, orientação espacial e atenção/memória. Estas poderiam ser mais ou menos dinâmicas dependendo do propósito – movimento, área utilizada e interação – e do estado de espírito do grupo. Assim, eram desenvolvidas competências psicomotoras, cognitivas, emocionais, de interação e comunicação, através de jogos, tarefas e circuitos, de modo a trabalhar as áreas fortes e a desenvolver. Geralmente, este momento era constituído por duas ou três atividades com a duração aproximada de 60 minutos;
- **retorno à calma:** consistia na realização de técnicas de relaxação, nomeadamente, mobilizações articulares, massagens com as mãos ou com outros materiais de diferentes texturas, alongamentos, promovendo descontração muscular e bem-estar nos clientes. De referir que, neste momento a intervenção era moldada às necessidades individuais dos clientes, ou seja, havia uma dedicação especial

aqueles que apresentavam desajustes ao nível do tónus corporal. A atividade durava cerca de 10 minutos e a música utilizada era calma, tentando transmitir um ambiente de tranquilidade e paz;

- **ritual de saída:** ainda no decorrer da atividade anterior, a estagiária noticiava, com um tom de voz sereno, que a sessão tinha terminado e, caso necessário, pedia-lhes que começassem a movimentar as várias partes do corpo, ativando-as novamente. Após esse momento, os clientes ajudavam a arrumar os materiais, vestiam os casacos e dirigiam-se para a porta de saída.

Caso exista interesse em conhecer-se ao pormenor uma das sessões elaboradas, encontra-se nos anexos um exemplo de sessão (Anexo F – Exemplo de plano de sessão Grupo B).

De seguida, e para uma melhor compreensão do trabalho propriamente dito realizado com o grupo, encontram-se, na tabela 10, exemplos de atividades para cada área, que foram desenvolvidas pela estagiária e, posteriormente, dinamizadas em contexto de sessão.

Tabela 10 - Exemplos de atividades dinamizadas - para cada área - com o Grupo B

Equilíbrio
<p><u>“Percurso atribulado”:</u> A estagiária deve construir um percurso utilizando diferentes materiais (e.g.: almofadas, colchões, blocos, saquinhos de areia, cordas, sacos de plástico). De seguida, e à vez, deve pedir que cada um retire os sapatos e realize o percurso. Após todos o terem realizado, devem voltar a fazê-lo, mas desta vez com uma venda nos olhos (que pode ser retirada nos momentos que provocarão maior instabilidade: momento dos blocos). Ao longo do percurso pode ir perguntando que materiais são, à medida que o cliente os vai pisando.</p> <p><u>“Os equilibristas”:</u> A estagiária deve pedir a 2 clientes para que desenhem, de forma livre, um percurso com giz. De seguida, pede apenas a um cliente para escolher um dos 4 saquinhos (com formatos de figuras geométricas), colocando-o na cabeça, escolher um dos percursos e percorrê-lo. Quando chegar ao fim do percurso deve corresponder o saquinho à forma geométrica em papel. A atividade deve ser realizada por todos e depois repetida com uma nova vertente: colocando blocos no meio do percurso (de modo a que estes passem por cima).</p>
Orientação espacial
<p><u>“Recriar imagens com magnetix”:</u> A estagiária apresenta um conjunto de ímans coloridos e explica (mostrando) como funcionam. De seguida, pede aos clientes para que experimentem o material livremente. Após esse momento, entrega-lhes um conjunto de folhas – cada uma com um desenho diferente representado (e.g.: quadrado, triângulo, peixe, casa, flor, avião) – e pede para que cada um escolha um. De seguida, pede para que recriem a imagem utilizando os ímans, tendo atenção à cor, forma e tamanho do desenho (nota: podem colocar por cima da folha para facilitar).</p> <p><u>“Lançamento de arcos”:</u> É colocado um banco sueco numa zona da sala. À frente deste, são colocados pinos de diferentes cores e a diferentes distâncias deste. Do outro lado do banco, estão arcos com as mesmas cores dos pinos, onde cada cliente se deve posicionar, pegando num destes e lançando-o de modo a acertar no pino com a cor correspondente.</p> <p><u>“Onde estão os objetos?”:</u> A estagiária apresenta um conjunto de fotografias relativas a objetos pertencentes ao espaço movimento e pede a cada cliente que escolha um para ir buscar. De seguida coloca várias fotografias em linha, originando uma sequência, e pede que estes a reproduzam, mas com os materiais existentes. Por fim, pede a todos que voltem a colocar os materiais no lugar respetivo.</p> <p><u>“Montar a planta da sala”:</u> É apresentada uma cartolina com a planta da sala e várias imagens de locais específicos desta. As imagens são mostradas ao mesmo tempo que é pedido aos clientes para que as identifiquem na sala - apontando/verbalizando e posteriormente, deslocando-se até ao local. De seguida, devem colocá-la no local certo na cartolina. Após a planta estar completa, a estagiária volta a apontar para uma imagem à escolha e pede ao cliente que se volte a deslocar até esse local.</p>

Atenção/Memória
<p>“Decorar o caminho”: É colocado o tabuleiro do <i>twister</i> no meio da sala e pedido para que todos se coloquem à volta. É explicado que terão que imitar o caminho de cada pessoa. Deste modo, a estagiária exemplifica, passando de um lado ao outro do “tabuleiro” e pisando 3 cores diferentes. De seguida, todos os outros fazem o mesmo caminho, pela mesma ordem. A atividade é repetida várias vezes, sendo que a pessoa a decidir um novo caminho é sempre diferente. Variante: pode ser associada uma parte do corpo a uma cor (e.g.: vermelha - toca com a mão, verde - pés juntos, amarelo - só com um pé).</p> <p>“Jogos com pauzinhos”: A estagiária deve dividi-los em dois grupos, realizando um grupo de cada vez a atividade (enquanto um está na mesa a fazer os jogos, o outro está a descansar e vice-versa). No 1.º jogo, “mini puzzle de formas”, têm que corresponder pares de pauzinhos de modo a perfazerem formas geométricas. No 2.º jogo, o “dominó colorido” (em cada ponta, os pauzinhos têm cores em vez de números), têm que ligar pontas de pauzinhos com a mesma cor umas às outras, formando uma “corrente”.</p> <p>“Colocar na cor certa”: A estagiária deve colocar a meio da sala quatro arcos, cada um de uma cor (vermelho, amarelo, azul e verde). Em cima da mesa devem estar formas geométricas em papel e molas, das cores referidas anteriormente. Cada cliente deve pôr a mola na forma geométrica da cor correspondente e depois levá-la até ao arco, também da mesma cor.</p>

De referir que as áreas *Atenção* e *Memória* são áreas inerentes a qualquer tarefa, daí terem sido, evidentemente, trabalhadas não só nestas atividades exemplificadas, como também em todas as dinamizadas ao longo da intervenção.

II.2.2.6 Resultados e discussão de resultados

Os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação após a aplicação do instrumento de avaliação do Grupo B, encontram-se apresentados de seguida (Tabela 11).

Tabela 11 - Resultados iniciais e finais obtidos pelo Grupo B

Itens	Érica		Guilherme		Gustavo		Simão		Constantino		Pontuação máxima
	AI	AF	AI	AF	AI	AF	AI	AF	AI	AF	
1. Equilíbrio estático	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2. Equilíbrio dinâmico: marcha controlada	0	0	3	3	2	3	2	3	2	3	3
3. Equilíbrio dinâmico: andar em cima de blocos	2	2	3	2	2	3	3	3	2	1	3
4. Conceitos espaciais: no próprio	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
5. Conceitos espaciais: no outro	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3
6. Conceitos espaciais: no objeto	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3
7. Estruturação dinâmica	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	3
8. Representação topográfica	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2
9. Atenção/ vigilância	0	0	1	2	0	1	0	0	2	2	2
10. Perceção visual	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
11. Memória	1	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3
12. Perceção auditiva	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	3
13. Perceção tátil	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3
Diferença pontual global (AF-AI)	2		1		5		3		1		

Após a análise da tabela, e comparando os resultados da AI com a AF, foi possível retirar algumas conclusões.

Numa perspetiva global, ou seja, em 65 comparações de resultados iniciais com resultados finais, verificou-se que em 14 destas (identificadas a verde) registou-se uma progressão, melhorando o valor final face ao valor inicial; 49 das comparações mantiveram-se iguais, ou seja, o resultado de ambas as avaliações foi igual e, por fim, duas das comparações (identificadas a vermelho) apresentaram uma regressão, tendo em conta que o resultado das avaliações finais piorou relativamente ao resultado das avaliações iniciais.

Adicionalmente, foram calculadas as médias das avaliações iniciais, finais e a sua diferença para facilitar a análise e evidenciar os resultados obtidos (tabela 12).

Tabela 12 - Médias das avaliações do Grupo B

	Média da AI	Média da AF	Pontuação máxima	Média das diferenças
1. Equilíbrio estático	3	3	3	0
2. Equilíbrio dinâmico: marcha controlada	1,8	2,4	3	0,6
3. Equilíbrio dinâmico: andar em cima de blocos	2,4	2,2	3	-0,2
4. Conceitos espaciais: no próprio	1,8	2,2	3	0,4
5. Conceitos espaciais: no outro	2,6	2,6	3	0
6. Conceitos espaciais: no objeto	2,2	2,2	3	0
7. Estruturação dinâmica	0,4	0,6	3	0,2
8. Representação topográfica	1,4	1,4	2	0
9. Atenção/ vigilância	0,6	1	2	0,4
10. Perceção visual	2,8	2,8	3	0
11. Memória	2	2,6	3	0,6
12. Perceção auditiva	0,2	0,6	3	0,4
13. Perceção tátil	2,6	2,8	3	0,2

Analisando especificamente os itens, existem diferentes conclusões que se podem retirar.

Abordando primeiramente os itens que apresentaram melhorias significativas, ou seja, quando comparada a AI com a AF, esta última teve resultados superiores, existiram cinco itens que se destacaram, devido a mais de metade dos clientes ter melhorado a sua prestação ou devido à evolução significativa de alguns deles.

Assim, os dois itens onde se verificou maior progressão foram o item 2, *Equilíbrio dinâmico: marcha controlada* e o item 11, *Memória*. Nestes dois itens, três dos cinco clientes avaliados apresentaram uma evolução. As observações retiradas do item 2, durante a AI, prendeu-se com o facto de alguns dos clientes colocarem, por vezes, o pé fora da linha indicada. No entanto, durante a AF, praticamente todos (4 dos 5 clientes) realizaram a tarefa com sucesso. No caso específico da Érica, a cliente não foi capaz de

realizar ambas as avaliações com sucesso, uma vez que se deslocava com os pés um ao lado do outro, fazendo com que um dos pés estivesse constantemente fora da linha indicada. Apesar das tentativas de colaboração da estagiária, utilizando estratégias como a demonstração da tarefa, ajuda verbal e até mesmo ajuda física, o insucesso da cliente manteve-se. As hipóteses explicativas que a estagiária ponderou foram as seguintes: a cliente não compreendeu a instrução e/ou a cliente não consegue, efetivamente, realizar a ação de colocar um pé à frente do outro, devido à sua rigidez muscular. Relativamente ao item 11, e referente à AF, 4 em 5 clientes tiveram a pontuação máxima. Tendo em conta a pouca complexidade do item (conclusão retirada devido aos resultados positivos de toda a amostra), a estagiária atribuiu que esta alteração de resultados se deveu à pouca atenção e concentração que os clientes tiveram durante a sua AI (aqueles que obtiveram 2 pontos).

Os itens que também tiveram uma boa progressão aquando a AF corresponderam ao item 4, *Conceitos espaciais: no próprio*, item 9, *Atenção/vigilância* e item 12, *Percepção auditiva*. No item *Conceitos espaciais: no próprio*, apesar da média das diferenças ter sido a segunda melhor, verificou-se apenas progressão numa cliente, sendo que os outros mantiveram o seu resultado inicial. No entanto, esta conseguiu alcançar a pontuação máxima, correspondendo a uma subida de 2 pontos. Relativamente à tarefa em si, os restantes clientes tiveram dificuldades nas questões “toca na parte de baixo do teu queixo” e “toca na parte de trás da tua perna”, identificando apenas a zona – queixo ou perna - sem especificar. No caso do item 9, *Atenção/vigilância* e do item 12, *Percepção auditiva*, em ambos se verificou que existiram dois clientes a melhorar o seu resultado (inclusive um deles alcançou o resultado máximo) e três a manter, no entanto, dois desses três mantiveram o resultado mais baixo (0 pontos). A estagiária põe a hipótese de que esses clientes não compreenderam a instrução, mesmo esta tendo sido repetida ou reformulada. O item *Percepção auditiva* é considerado uma das áreas fracas do grupo B.

Os itens 7, *Estruturação dinâmica* e 13, *Percepção tátil* tiveram as piores evoluções, uma vez que em ambos os casos apenas um cliente melhorou a sua prestação. No caso do item *Estruturação dinâmica*, em particular, dois clientes mantiveram a prestação correspondente ao valor mais baixo e os outros três mantiveram (dois deles) ou melhoraram (o caso já falado anteriormente) 1 ponto (em 3 possíveis). Durante as avaliações, e apenas relativo aos três casos que obtiveram 1 ponto, é importante mencionar que alguns acertavam na posição do fósforo (principalmente nos casos em que se encontrava na vertical ou na horizontal), no entanto, não colocavam a orientação da cabeça do fósforo corretamente. Face a esta observação, pensa-se que a maioria dos indivíduos não compreenderam a instrução ou não eram capazes de realizá-la, devido às

suas dificuldades. Posto isto, este item pode ser considerado uma das áreas fracas do Grupo B. Já no item 13, *Percepção tátil*, os clientes obtiveram a segunda melhor média do grupo (2,8), podendo ser assim considerada uma área forte do Grupo B.

Relativamente aos itens onde os clientes mantiveram os mesmos resultados, estes foram: o item 1, *Equilíbrio estático*, os itens 5 e 6, *Conceitos espaciais: no outro e no objeto*, respetivamente, o item 8, *Representação topográfica* e, por fim, o item 10, *Percepção visual*. No item 1, *Equilíbrio estático* todos os clientes mantiveram a pontuação máxima e, por isso, pode ser considerado uma das áreas fortes do grupo B. Relativamente ao item 8, *Representação topográfica*, é observável através dos resultados algumas dificuldades, uma vez que apesar de terem identificado as imagens quase todos os clientes precisaram de muita ajuda verbal na altura de realizarem o percurso. No caso do item 10, *Percepção visual*, este teve a segunda melhor média do grupo da AF (2,8) e, por isso, pode ser considerado outra das áreas fortes do grupo B. Ambos os itens dos *Conceitos espaciais* obtiveram médias de grupo superiores a 2, sendo que o item referente *ao outro* corresponde a 3, quando arredondado às unidades.

Analogamente, verificaram-se duas regressões, no entanto, a estagiária deu pouca relevância a essas alterações, uma vez que, apesar de terem ocorrido no mesmo item, a razão para o acontecimento ter surgido deveu-se ao facto de, no primeiro caso, o Guilherme se apresentar com pouca disponibilidade durante a AI, apresentando-se um pouco agitado. Muitas vezes ao longo da AF, a estagiária pedia que o cliente realizasse novamente a tarefa, uma vez que o Guilherme não obtinha a cotação esperada por esta, tendo em conta que sabia quais eram as suas capacidades (demonstradas ao longo de todo o período de intervenção). Relativamente ao segundo caso – o Constantino, – e durante a realização do item em que houve regressão (item 3, *Equilíbrio dinâmico: andar sob blocos*), este desequilibrou-se algumas vezes, necessitando de colocar os pés no chão e da ajuda física da estagiária. Apesar de ter repetido a tarefa, a sua prestação manteve-se.

Analisando agora a nível individual, é de notar que, tal como no grupo A, todos os clientes melhoraram a sua *performance* globalmente, uma vez que a diferença pontual global é positiva em todos os casos (consultar a tabela 11, última linha).

Após esta análise, é possível concluir que as áreas trabalhadas – atenção/memória, orientação espacial e equilíbrio - melhoraram significativamente.

II.2.2.7 Reflexões críticas dos Grupos de Intervenção

Após o término da intervenção e consequente análise dos resultados obtidos, torna-se importante refletir sobre todo o processo de intervenção em ambos os grupos.

Pode-se verificar que a maioria dos resultados dos Grupos A e B foram mantidos, acabando por ser algo expectável, devido não só ao curto período de intervenção, tanto em termos de meses – quatro meses e meio, – como n.º de vezes por semana – 1 vez, – mas também à maior dificuldade na aquisição de novas aprendizagens como é característico desta problemática. Deste modo, fazendo um balanço global, a estagiária considera a sua intervenção positiva, uma vez que, caso não tivessem algum tipo de intervenção poderiam não ter existido uma melhoria a nível de determinados domínios, ou mesmo, de uma manutenção.

Também é importante mencionar que nem todos os objetivos (específicos) propostos foram cumpridos, devido à mesma justificação utilizada no parágrafo anterior – pouco tempo de intervenção. Para além disso, ao longo da intervenção, a estagiária sentiu a necessidade de priorizar alguns dos objetivos, trabalhando-os durante mais tempo em cada sessão.

Foi possível verificar outros aspetos positivos, como a criação e posterior familiarização com a rotina de sessão e o desenvolvimento de um sentimento de pertença de cada cliente face ao grupo em que estava inserido.

Tendo em conta que os dois grupos eram constituídos por clientes diferentes, existindo, claramente, características díspares e, por sua vez, instrumentos de avaliação e consequentes planos de intervenção distintos, é quase impossível haver pontos de comparação. No entanto, podem fazer-se algumas constatações. Primeiramente, foi notória a diferença de capacidades entre o Grupo A e o Grupo B, sendo o primeiro mais autónomo que o segundo. Adicionalmente, o Grupo A também era constituído por clientes com características similares, facilitando não só o planeamento de sessões, como também a própria dinamização de atividades. Por estas duas razões, foi mais fácil intervir com este grupo. Assim, apesar de existirem objetivos gerais idênticos em ambos os grupos, as atividades pensadas para esses mesmos objetivos eram diferentes nos dois grupos (mais complexas no Grupo A). Enquanto no Grupo A, a atividade era explicada e realizada por todos os elementos ao mesmo tempo; no Grupo B, era necessário dividir-se o grupo em dois grupos mais pequenos, fazerem-se pares ou até mesmo trabalhar-se com certos clientes individualmente, sendo só assim possível fazer com que o cliente realizasse a tarefa. Deste modo, pode ser sugerido que, futuramente, haja uma intervenção mais individualizada ou um grupo mais pequeno, de forma a dar resposta a algumas

necessidades individuais de alguns clientes, que foi denotado que precisavam e possibilitar também a criação de uma relação terapêutica mais forte.

Relativamente às estratégias, estas eram semelhantes – demonstração, reforço positivo, ajuda verbal e ajuda física – sendo a última, muito mais utilizada no Grupo B, devido ao motivo já mencionado anteriormente (menos autonomia).

Assim, considera-se uma mais valia o facto de ter sido dada à estagiária a oportunidade de intervir em dois grupos completamente distintos. Possibilitou-lhe desenvolver a capacidade de aprender com dois grupos muito distintos, ao estruturar e planear diferentes sessões, ao moldar o seu comportamento face às características de cada grupo e ao refletir sobre todos os acontecimentos após o final de cada sessão.

II.2.3 Estudo de caso

Neste capítulo irão ser abordados aspetos relativos ao estudo de caso (Carolina), nomeadamente, as características da cliente em questão, a descrição da perturbação – Síndrome de Williams, – e todo o trabalho desenvolvido com esta ao longo da intervenção.

Tendo em conta que a Carolina fez parte do Grupo A, já foi elaborada uma breve caracterização sua no entanto, neste capítulo, serão aprofundados os aspetos da sua caracterização e a sua performance durante a intervenção.

Importante referir que a escolha do estudo de caso foi totalmente da responsabilidade da estagiária, após algumas conversas com a orientadora local. Uma vez que o plano de intervenção só iniciava em janeiro, houve possibilidade de se ir conhecendo os vários clientes (nomeadamente aqueles que se encontravam presentes no horário da estagiária) e de se pensar atempadamente, com quem faria mais sentido realizar-se uma intervenção individual. Assim, existiram vários motivos que estiveram na base da escolha da Carolina, sendo estes: denotou-se a construção de uma relação empática entre a estagiária e a cliente com o passar do tempo; o facto da estagiária ter no seu horário várias atividades onde a Carolina se encontrava presente, proporcionando não só o crescimento da relação terapêutica, como também possibilitava à estagiária observar a ação da Carolina em contextos distintos; devido ao seu modo de estar menos ativa, informalmente mencionada como “preguiçosa” no dia-a-dia, fomentou na estagiária um sentimento de desafio face à tentativa de mudança dessa característica e, por último, por nunca ter sido escolhida para estudo de caso em estagiárias de anos anteriores, originando assim um especial interesse em trabalhar de forma individualizada com esta e compreender melhor o seu modo de estar.

Segue-se, no subcapítulo seguinte, a descrição da cliente, com base no seu processo individual, constituído pela anamnese, percurso escolar e por outras observações pertinentes.

II.2.3.1 Descrição do caso

A Carolina é uma jovem adulta com 20 anos (na altura da intervenção) e apresentava o diagnóstico de Síndrome de *Williams* (deleção do cromossoma 7). Os pais estavam separados e tinham a custódia partilhada da Carolina. Esta tinha uma irmã gémea que não frequentava a Qe.

A Carolina nasceu de uma gravidez gemelar indutora. Relativamente ao parto, estava previsto um parto normal, no entanto, acabou por ser cesariana. Aos dois meses, em comparação com a irmã, era uma criança hipotónica. Foram também denotadas alterações cardíacas e por esse motivo foi alvo de exames médicos, onde foi detetada a deleção do cromossoma 7. Começou a andar por volta dos dois anos. Relativamente ao controlo dos esfíncteres, esta adquiriu o controlo diurno entre os três e os quatro anos e o controlo noturno foi adquirido aos dez anos de idade.

Esteve numa creche até aos três anos, depois foi transferida para um jardim de infância onde permaneceu até aos seis anos. Frequentou o 1.º ciclo no ensino regular a partir dos sete anos e, aos 10 anos, passou a frequentar um colégio de ensino especial, até ter entrado para o CAO da Associação Qe a julho de 2014. Um ano depois, passou a ser residente do Lar Residencial da instituição. Deste modo, aos fins-de-semana, e em alternância, os pais iam buscar a Carolina para passar o dia e, todas as quartas-feiras, também a costumavam ir buscar para almoçar (momento este ansiosamente esperado pela Carolina).

Relativamente às terapias, iniciou a psicomotricidade desde muito cedo (antes dos 3 anos), fazendo primeiro ao domicílio e depois, deslocando-se até ao local da terapia. Realizou também terapia da fala.

Segundo os pais, a Carolina era uma rapariga que gostava de nadar, ver filmes, fazer puzzles, passear de transportes públicos, fazer caminhadas, receber massagens e ouvir música. Também referiram que tem sentido de orientação, sentia-se segura em experimentar coisas novas, sabia arrumar as suas coisas e era capaz de lavar os dentes autonomamente. Como pontos fortes, os pais sublinhavam a sua simpatia, meiguice e boa capacidade de memorização. Relativamente aos pontos fracos, referiram “pouca paciência” para as tarefas, muita “preguiça” e hipotonia constante.

Sendo assim, para os pais, **os objetivos principais a desenvolver** com a CD quando esta entrou para a Associação Qe, basearam-se em: desenvolver competências

nas AVD – autonomia e independência a vestir-se, a comer, etc.; melhorar a socialização; promover o seu bem-estar (ao realizar atividades que a façam sentir feliz, ocupada e útil) e melhorar a sua comunicação. Atualmente, no último relatório, a maioria dos objetivos persistiam, acrescentando-se ainda a promoção do comportamento adaptativo (Treino de Competências Sociais/Treino de Competências Pessoais).

Relativamente à medicação, a Carolina chegou a ser medicada com *Risperidona* (irritabilidade), *Catapresan* (hipertensão arterial) e *Invega* (estabilizador de humor). No entanto, durante o período de intervenção, esta era medicada apenas com um componente – *Depot* - tomando uma injeção dessa substância quinzenalmente. Este medicamento é um antipsicótico para tratar sintomas como alucinações, delírios e distúrbios de pensamento como agitação, inquietação, hostilidade e agressividade (NDGS, 2016). A Carolina tomava-o com o fim de estabilizar o humor.

A Carolina não comunicava verbalmente, no entanto, via e ouvia bem e compreendia tudo aquilo que lhe diziam. O seu método de comunicação baseava-se em: apontar insistentemente para algo, vocalizando ao mesmo tempo, quando a sua intenção era de ter esse objeto, chegando por vezes a agarrar na pessoa para a conduzir ao objeto; dirigia-se a alguém e estabelecia contacto físico (e.g.: dar a mão ou agarrar o braço), caso quisesse estar com essa pessoa; gesticulava, colocando a mão em forma de punho, com o polegar virado para cima (caso estivesse a afirmar) ou para baixo (caso estivesse a negar) e, no caso do cumprimento, a Carolina levantava o braço ao mesmo tempo que abria a mão na direção da pessoa que a estava a cumprimentar. No caso de se comunicar com a Carolina através de perguntas, estas deveriam ser elaboradas de modo a que a resposta pudesse ser positiva ou negativa ou a pergunta era realizada e, logo de seguida, eram lhe apresentadas duas opções de resposta em que cada mão simbolizava uma resposta – e esta apontava para uma das mãos. De mencionar que as únicas palavras que esta verbalizava eram “mamã” e “papá”.

No parágrafo seguinte, e de acordo com os registos presentes no seu processo pedagógico (referente a 2014 e tendo por base as avaliações retiradas da ECAP), encontram-se descritas as capacidades e as dificuldades da Carolina, relativamente a alguns domínios.

Começando pelo domínio da personalidade, esta tinha coragem para experimentar coisas novas e demonstrava os seus sentimentos. No entanto, era pouco tolerante e não era capaz de fazer críticas. No domínio referente à responsabilidade, apresentava dificuldade em guardar objetos pessoais, em ser pontual, em cumprir ordens, em ser responsável com os outros e em respeitar os bens dos outros. Relativamente à interação

social, esta estabelecia relações preferenciais, escolhia os seus amigos, era capaz de explicar o que queria e de pedir ajuda, no entanto, não era capaz de orientar atividades e conversas, nem colaborar nas tarefas de um grupo. No comportamento social, a Carolina sabia comportar-se adequadamente em locais públicos, no entanto, em determinadas ocasiões não controlava o seu comportamento. Relativamente à atenção, a Carolina conseguia memorizar sequências de acontecimentos, no entanto, tinha dificuldades em estar atenta durante um determinado período de tempo. Nas noções de cor, forma, tamanho, cor e peso esta era competente a juntar e separar objetos do mesmo tamanho, da mesma forma e da mesma cor, no entanto, não era capaz de seriar objetos por peso. Relativamente às competências académicas, a Carolina não sabia ler, escrever e contar. Apresentava também dificuldades em exercícios de mesa, não pintava desenhos dentro dos contornos e não desenvolvia atividades manuais. Relativamente à orientação temporal, esta conhecia as diferentes partes do dia, sabe quais são os dias da semana, e algumas estações e meses do ano, no entanto, tinha alguma dificuldade em identificá-los e associá-los ao presente. No caso da orientação espacial, distinguia a maioria dos conceitos espaciais, como dentro e fora, cima e baixo, frente e trás, mas, por vezes, confundia a esquerda com a direita.

Na sua atividade externa – natação – esta realizava facilmente imersões e emersões, equilíbrios, propulsões ventrais e dorsais. No entanto, nos momentos antes e após a sessão – no balneário – esta realizava as tarefas de vestir e despir, de se calçar, de forma autónoma, mas muito lenta e apresentava algumas dificuldades em tomar banho.

Devido ao seu interesse por passear e estar ao ar livre, no seu horário, foi possível verificar a existência de várias atividades de exterior – Horta, Animais, Caminhada, Treino de competências sociais, – inclusive, algumas delas surgiam mais do que uma vez por semana.

Posto isto, e para facilitar a compreensão da problemática do estudo de caso, encontra-se, de seguida, uma breve descrição da Síndrome de *Williams*.

II.2.3.2 Síndrome de *Williams*

A Síndrome de *Williams* (também conhecida por Síndrome *Williams-Beuren*) é uma perturbação neurodesenvolvimental de origem genética causada por uma microdeleção de genes localizados no cromossoma 7 (Campos, Martínez-Castilla e Sotillo, 2017; Hills et al., 2017; Pober, 2010). O gene deletado mais importante é o da elastina, responsável pela formação da parede arterial, o que provoca, conseqüentemente, complicações ao nível cardiovascular e dismorfias e origina também laxidez ligamentar, envelhecimento prematuro da pele, contraturas articulares e hérnias (Bandeira de Lima, 2015). Outro gene

que também sofre alterações é o LIM-Kinase-1, provocando na pessoa um déficit na percepção visuoespacial (Bandeira de Lima, 2015).

Esta perturbação tem uma prevalência de 1:10.000 (Hills et al., 2017) e surge indiferenciadamente entre homens e mulheres. O risco de ocorrência em irmãos é baixo – menos que 1% - uma vez que na maioria dos casos esta ocorrência é esporádica e os pais não estão afetados (Bandeira de Lima, 2015). No caso destes últimos estarem afetados, o risco é de 50% (Bandeira de Lima, 2015).

Estes indivíduos têm comprometimentos ao nível cognitivo, caracterizados por um déficit intelectual ligeiro a moderado, alterações na linguagem, déficit cognitivo visuoespacial em 65% dos casos (Farran e Formby, 2012; Collins, 2013; Bandeira de Lima, 2015) e hiper-sociabilidade (Collins, 2013; Bandeira de Lima, 2015), uma vez que estes indivíduos são demasiado sociáveis/ amigáveis, mesmo em circunstâncias mais reservadas socialmente (Jones, Reilly, Lincoln e Adolphs, 2000).

Relativamente às características fenotípicas, estes apresentam uma face semelhante a um “elfo”, devido à base nasal achatada, as íris são tipicamente estreladas, pode existir estrabismo e alterações de refração, lábios grossos e boca grande (Bandeira de Lima, 2015). A autora refere que estes indivíduos apresentam malformações cardíacas (estenose supra-avalvular aórtica ou outras anomalias), hipertensão, alterações endócrinas, incluindo hipercalcemia, diabetes mellitus, hipotireoidismo e são de baixa estatura. Podem ainda surgir complicações dentárias, gastrointestinais, musculoesqueléticas, neurológicas e oftalmológicas (Bandeira de Lima, 2015).

Devido às implicações no sistema cardiovascular, estas pessoas têm um risco de mortalidade 25 a 100 vezes superior à população geral, pelas doenças cardiovasculares que são a principal causa de morte (Collins, 2013).

II.2.3.3 Caracterização do instrumento desenvolvido

De forma a ir ao encontro dos objetivos elaborados pelos pais e através das dificuldades visíveis pela estagiária durante todo o tempo de sessões (bem como em contextos informais), até ao momento de elaboração do instrumento de avaliação, foram sugeridas as seguintes áreas a avaliar: autonomia e independência, comunicação, funções cognitivas, praxia global e praxia fina. A justificação para cada uma das áreas encontra-se de seguida apresentadas.

Autonomia e independência: O conceito de autonomia centra-se na capacidade do “eu” ser capaz de tomar decisões e realizar escolhas. Relativamente ao conceito de independência, este diz respeito à capacidade de o indivíduo realizar determinados atos de forma voluntária, sem ajuda e de forma eficaz. No presente caso, o processo de

maximização destes dois conceitos centralizou-se no desenvolvimento de capacidades para a elaboração correta e emancipada de algumas atividades diárias fundamentais.

De forma mais específica, os itens “ingere líquidos sem entornar”, “utiliza a casa-de-banho”, processos de higiene pessoal (“toma banho” e “lava a cara e as mãos”), “veste-se e despe-se” e “calça-se”, foram algumas atividades escolhidas.

Comunicação: No contexto social em que o ser humano se encontra inserido, a comunicação é fundamental. Esta compreende um processo de troca de informação entre dois ou mais indivíduos através de estímulos verbais ou não verbais. De forma a que seja perceptível e eficaz, foram criados padrões e regras de comunicação que facilitam a compreensão da mensagem fornecida.

Consequentemente, algumas regras e mecanismos básicos de comunicação foram trabalhados. A realização espontânea dos atos de saudação e despedida e ter iniciativa própria para o uso de expressões de uso comum (“olá”, “desculpa”, “por favor”, “sim”, “não”, “adeus”) são fundamentais para que os indivíduos se relacionem sem adversidades com outros, como também para conseguirem exprimir as suas vontades de forma independente.

Funções cognitivas: A justificação para a avaliação desta área é a mesma que a dos grupos A e B, daí os itens de avaliação escolhidos também serem os mesmos.

Praxia global: É sabido que quando um indivíduo é confrontado com uma atividade, esta poderá ser desempenhada de diversos modos. No entanto, a realização de uma atividade pressupõe eficácia, ou seja, o cumprimento do objetivo da atividade, e eficiência, que, por outras palavras, compreende a utilização do mínimo de recursos possíveis na realização da mesma (otimização do espaço percorrido, minimização do tempo utilizado, minimização de movimentos e músculos utilizados, objetividade, etc.). Desta forma, e especificando, a praxia global é responsável por cumprir com os objetivos de eficácia e eficiência acima mencionados. O trabalho desta área permite, essencialmente, contrariar alguns comportamentos de lentidão que podem comprometer a vivência do indivíduo em sociedade (velocidade de marcha) e em segurança (incapacidade de programar cognitivamente uma atividade de forma a desviar-se de obstáculos).

Praxia fina: Analogamente, a descrição apresentada para a praxia global estende-se para a praxia fina. Ambas compreendem o fenómeno cognitivo de programação de uma atividade de forma eficaz e eficiente. A distinção entre as duas prende-se ao facto de a praxia fina estar associada a atividades mais precisas e que, geralmente, implicam a utilização de grupos musculares mais pequenos. Consequentemente, o conhecimento do próprio corpo e uma boa coordenação oculomanual são fundamentais para a realização de atividades de carácter minucioso com sucesso.

Deste modo, esta área considera-se fundamental para viabilizar a prática de determinadas atividades diárias (já mencionadas noutros domínios), como por exemplo, “abotoar” e “desabotoar” botões que se encontra dentro da atividade de vestir. Adicionalmente, foram também avaliadas e trabalhadas competências complementares como “pintar dentro das linhas”. Esta atividade pressupõe uma otimização da destreza manual que se torna essencial em diversas ocasiões do dia-a-dia.

Por último, os critérios de êxito do instrumento de avaliação do estudo de caso são iguais aos dos Grupos A e B, pelo que também poderão ser consultados no mesmo capítulo. O respetivo instrumento encontra-se detalhadamente apresentado nos Anexos (Anexo G – Instrumento de Avaliação Estudo de Caso).

II.2.3.4 Procedimentos e linhas orientadoras da intervenção

A AI decorreu a 8 e a 16 de janeiro e a AF a 4 e a 11 de junho, ambas entre as 14h30 e as 15h30, no espaço Olhar’te.

Relativamente ao período de intervenção, correspondente ao intervalo entre as avaliações, foi possível realizar-se um conjunto de 16 sessões. Essas sessões foram sempre realizadas às terças-feiras, entre as 14h30 e as 15h30, numa das salas do espaço Olhar’te.

Para facilitar a delineação de objetivos, estabeleceu-se um perfil intraindividual com os pontos fortes (tabela 13) e pontos a melhorar (tabela 14) da Carolina, encontrando-se apresentados de seguida.

Tabela 13 - Pontos fortes da Carolina

Pontos fortes	Exemplos
Memória a curto e a longo prazo	- Bom desempenho em jogos de memorização (curto-prazo) - Boa noção de acontecimentos passados
Sequencialização e ordenação num plano bidimensional	- Executa puzzles num curto espaço de tempo
Comunicação não-verbal	- Facilidade em explicar aquilo que queria ou aquilo que sentia através de gestos
Sociável	- Facilidade em abordar pessoas estranhas

Tabela 14 - Pontos fracos da Carolina

Pontos a melhorar	Exemplos
Concentração	- Dificuldade em manter-se concentrada durante muito tempo
Fadiga	- Dificuldade em manter-se demasiado tempo na posição de pé
Baixa resistência à frustração	- Desistência após o 2.º insucesso consecutivo
“Preguiça” ou Ociosidade	- Recusa generalizada em aderir a quase todas as atividades - Pedia sempre ao outro para que lhe realizasse a ação, mesmo conseguindo fazê-la
Necessidade de ser recompensada	- Realizava atividades com base na recompensa imediata

Desta forma, a estruturação do perfil da cliente, paralelamente, com a noção temporal da intervenção, contribuíram para a elaboração de um plano de intervenção. Por outras palavras, este plano, que será descrito no capítulo subsequente, tem por base aquilo que se considerou como áreas prioritárias de intervenção - pontos a melhorar (tabela 13) e áreas fundamentais para a independência quotidiana - e a própria duração da intervenção.

II.2.3.5 Plano de intervenção

Após a análise dos resultados obtidos na AI, e em conjunto com todas as observações informais e observações pertinentes retiradas do processo pedagógico, foi possível definir-se objetivos gerais e específicos para a CD.

Uma vez que esta também pertence ao grupo A, foi avaliada no domínio orientação espacial, demonstrando resultados menos bons em vários itens (*Conceitos Espaciais: no outro e no objeto: 2 pontos; Estruturação dinâmica: 0 pontos; Representação topográfica: 2 pontos*). Assim, a estagiária sentiu necessidade de trabalhar também essa área, em contexto individual, tendo os respetivos objetivos gerais e específicos sido acrescentados ao seu plano de intervenção.

Os objetivos estabelecidos que fizeram parte do plano de intervenção da Carolina encontram-se apresentados na tabela seguinte (tabela 15).

Tabela 15 - Objetivos gerais e específicos elaborados pela estagiária

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Promover a autonomia e a independência	Trabalhar a autonomia e independência nas diversas tarefas de vida diária, nomeadamente: vestir, despir, calçar, tomar banho, usar a casa de banho e lavar as mãos
	Promover a diminuição de pedidos de “ajuda” nas várias tarefas
	Aumentar o esforço e o empenho face a uma determinada tarefa
Melhorar a comunicação	Trabalhar a iniciativa de cumprimento/saudação face ao outro
	Trabalhar a iniciativa de despedida face ao outro
	Promover a iniciativa de comunicação espontânea face ao outro, utilizando gestos ou vocalizações que simbolizem “olá”, “desculpa”, “obrigada”, “por favor”, “sim”, “não”, “adeus”
Promover a atenção	Aumentar o tempo útil de trabalho na sessão
	Aumentar a atenção sustentada e seletiva numa determinada tarefa
	Aumentar a concentração nas diversas tarefas
Promover a praxia fina	Trabalhar a destreza manual
	Trabalhar a precisão manual
Promover a organização espacial	Melhorar a noção dos conceitos espaciais (frente-trás, cima-baixo, dentro-fora) no outro
	Trabalhar a reprodução de uma sequência de objetos, tendo em conta o espaço que esta ocupa, e as posições e as distâncias entre cada objeto
	Trabalhar a identificação/nomeação de imagens/figuras no abstrato
	Trabalhar a colocação de objetos no seu local respetivo
	Trabalhar a correspondência entre o concreto e o abstrato
	Promover a realização de um percurso no espaço olhando para o abstrato

Em paralelo com estes objetivos, houve uma preocupação constante em potenciar o seu bem-estar, ao realizar atividades que a fizessem sentir-se feliz, ocupada e útil, tal como foi solicitado pelos pais durante a elaboração de objetivos para a Carolina (no momento de admissão desta na instituição).

De seguida, encontra-se uma cronologia com as várias áreas selecionadas e o seu respetivo período de intervenção (tabela 16). Esta serviu de guia para a estagiária se orientar no tempo, no entanto, a maior parte das áreas foram trabalhadas em simultâneo uma vez que, como se sabe, processos relacionados com a autonomia, comunicação e atenção encontram-se envolvidos na realização da maior parte das tarefas. Por esse motivo, não se colocou períodos específicos na intervenção dessas mesmas áreas. De referir que todos os objetivos eram trabalhados novamente no mês anterior à AF, para relembrar à Carolina as áreas anteriormente trabalhadas, com o objetivo de se conseguir o melhor desempenho possível. As colunas a cinzento escuro correspondem ao período de avaliação.

Tabela 16 - Período de intervenção com a CD

Áreas	Período de intervenção					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho
Autonomia	■	■	■	■	■	■
Comunicação	■	■	■	■	■	■
Atenção	■	■	■	■	■	■
Praxia fina	■	■	■	■	■	■
Organização espacial	■	■	■	■	■	■

Tendo em conta o princípio de que, na intervenção não se deve limitar apenas às áreas menos fortes, para que se evitem possíveis frustrações ou recusas de participação nas sessões, a IPM com a Carolina centrou-se também nas suas áreas fortes, desenvolvendo-se atividades funcionais e lúdicas, para se potencializarem aquisições cooperativas, concretas e interativas, com o objetivo de originar a aquisição de novas competências.

Assim, este processo de intervenção pretendeu melhorar a qualidade de vida e a independência da Carolina, bem como, e acima de tudo, proporcionar-lhe momentos de bem-estar e satisfação.

II.2.3.6 Estrutura das sessões

De forma a estabelecer-se uma rotina, as sessões decorriam uma vez por semana, à terça-feira das 14h30 às 15h30 e tinham a duração de cerca de uma hora – contrariamente ao tempo habitual da maioria das atividades (1h30). A estagiária considerou que seria um tempo benéfico, tendo em conta que a sessão era individual, pressupondo uma relação de um para um. Deste modo, a atenção da estagiária era depositada na totalidade na cliente, supondo assim que o seu tempo útil de sessão pudesse ser muito maior comparativamente a um contexto de grupo.

Relativamente ao espaço da sessão, este foi escolhido consoante a disponibilidade dos espaços naquela hora determinada. Sendo assim, o espaço disponível era uma das salas do Espaço Olhar'te. Esta sala era pequena e constituída por várias mesas, cadeiras e alguns armários, sobrando pouco espaço livre. Este facto limitou a estagiária no planeamento de sessões, e por isso teve que se focar em atividades de mesa e de pouco movimento.

Importante referir que em todas as sessões se procurou criar um ambiente positivo, havendo a valorização das capacidades e interesses da Carolina e proporcionando um clima de calma e conforto. Deste modo, todos os seus interesses – ouvir música, ver vídeos e fotografias, estar ao ar livre, boneca *Hello Kitty* – fizeram de alguma forma, parte das sessões dinamizadas.

A sessão iniciava a partir do momento em que a estagiária se deslocava até ao pé da Carolina e a cumprimentava, esperando que esta retribuísse - tendo em conta que um dos objetivos a trabalhar era potencializar a iniciativa da comunicação – e, de seguida, anunciava que se encontrava na hora da sua sessão individual. Posto isto, dirigiam-se para a sala pré-definida.

Relativamente à estrutura da sessão, esta dividia-se nos seguintes momentos:

- **Ritual de entrada:** Ambas entravam para a sala, tiravam os casacos e colocavam-nos nos cabides. De seguida, deslocavam-se até à casa de banho para lavar as mãos (e a cara, se necessário). Após esse ritual, regressavam à sala e sentavam-se uma ao lado da outra.
- **Diálogo inicial:** Devido ao especial interesse da Carolina por imagens, era utilizada uma estratégia específica (e personalizada) para lhe dar a conhecer a sessão: eram colocadas em cima da mesa um conjunto de imagens alinhadas na horizontal, ordenadas consoante a prioridade em que seriam realizadas (da esquerda para a direita). Cada imagem representava uma atividade que esta iria executar. Devido ao gosto da Carolina pela *Hello Kitty*, muitas das imagens relacionavam essa boneca com a atividade que seria desenvolvida (e.g. *Hello Kitty* a ouvir música). Esta forma de explicar à Carolina a estrutura da sessão permitia que esta diminuísse a ansiedade e melhorasse a sua motivação face às tarefas. Podem ser conhecidos alguns exemplos destes cartões no Anexo H – Cartões utilizados na apresentação da sessão do EC.
- **Corpo da sessão:** Neste momento, eram realizadas algumas atividades - entre três e quatro, dependendo da duração de cada uma – em que tinham como base os objetivos gerais e específicos definidos no plano de intervenção. Sempre uma atividade terminava, eram lembradas (através das imagens) as atividades já realizadas e as que se iriam executar.
- **Momento lúdico musical:** Devido ao seu gosto pela música, em todas as sessões existia um momento de descontração, onde era essencialmente promovido o bem-estar e a satisfação. Durante esta atividade, a estagiária emprestava o seu telemóvel à cliente, ao que esta agradecia (algumas das vezes era necessário um reforço verbal para que esse agradecimento surgisse) e, posto isto, pegava no telemóvel, selecionava uma aplicação relacionada com música e explorava livremente os seus conteúdos. Assim, também eram trabalhadas competências como a independência e a tomada de decisão, numa pequena dimensão. Apesar

de este momento ser uma atividade fixa nas sessões, a duração da mesma dependia da prestação da Carolina ao longo da sessão.

- **Diálogo final:** Durante este tempo, a estagiária mostrava novamente as imagens relativas à estrutura da sessão e questionava a opinião da cliente sobre esta, ou seja, pedindo que referisse quais foram as atividades que mais e menos gostou.
- **Ritual de saída:** Quando utilizados materiais da sala, a Carolina ajudava a arrumá-los. Posto isto, dirigiam-se aos cabides onde se encontravam os casacos, vestiam-nos e saíam da sala. Outro ponto a salientar era que, por vezes, a estagiária realizava uma caminhada ao ar livre com a Carolina à volta da Associação Qe (atividade esta que também se podia encontrar no conjunto de imagens). Esta atividade tinha como objetivo promover a atividade física desta, pretendendo combater a sua típica postura de sentada e ir ao encontro de um dos seus interesses em passear ao ar livre. No entanto, esta atividade encontrava-se condicionada não só, devido à duração das sessões, tendo em conta que por vezes as sessões atrasavam-se ligeiramente, como também devido às condições meteorológicas. Após a caminhada, dirigiam-se para a sala correspondente à atividade em que esta deveria estar, caso não tivesse a sessão individual.

Posto isto, e caso haja interesse em conhecer-se ao pormenor uma das sessões elaboradas, encontra-se nos anexos um exemplo de sessão ([Anexo J – Exemplo de plano de sessão EC](#)).

Para uma melhor perceção do trabalho propriamente dito realizado com a Carolina, encontram-se na tabela 17, exemplos de atividades para cada área, que foram desenvolvidas pela estagiária e, posteriormente, dinamizadas em contexto de sessão.

Tabela 17 - Exemplos de atividades dinamizadas - para cada área - com a Carolina

Autonomia
<p>“<u>Ritual de entrada</u>”: A estagiária deve cumprimentar a Carolina (esperando que esta retribua) e depois devem dirigir-se à sala. Devem tirar os casacos, lavar as mãos e sentarem-se confortavelmente.</p>
Comunicação
<p>Não houve nenhuma atividade elaborada especificamente para trabalhar esta área, partindo-se do pressuposto que ao longo de qualquer sessão a comunicação era algo inerente à interação entre as duas. Foi também dada mais importância à forma de saudação e de despedida da Carolina.</p>
Atenção
<p>“<u>Fazer o puzzle e encontrar os objetos</u>”: A estagiária começa por pedir à Carolina para fazer um puzzle. Após essa atividade estar concluída, a CD tem de procurar nesse mesmo puzzle várias personagens/objetos que a estagiária vai pedindo (e.g.: “onde está o cão castanho?”, “procura o senhor que está a pescar”).</p> <p>“<u>Encontra as diferenças</u>”: A estagiária deve dar à Carolina uma folha com duas imagens muito semelhantes, mas com alguns pormenores distintos e pedir que ela encontre essas diferenças, apontando e depois fazendo um círculo ou uma cruz à volta.</p> <p>“<u>Jogo de memória (com copos)</u>”: A estagiária coloca 3 dos copos em linha, em cima da mesa e à frente da Carolina e esconde uma bolinha debaixo de um dos copos, de modo a que esta veja. De seguida, diz que vai trocar as posições dos copos e que esta terá que fixar o copo onde se encontra a bolinha. (Nota: pode repetir a atividade + 2x ou até aumentar o nº de copos).</p>
Praxia fina
<p>“<u>Fazer um colar e desenhá-lo</u>”: A Carolina deve enfiar missangas (de várias cores e tamanhos) num fio, com a finalidade de fazer um colar. De seguida, deve representar o colar que construiu numa folha branca, desenhando e pintando a cor das várias missangas que foram colocadas no fio elaborado.”</p> <p>“<u>Caixa mágica</u>”: É apresentada uma caixa de madeira aberta com cuscuz lá dentro (de modo a preencher todo o fundo). De seguida, mostra um conjunto de cartões - com figuras, letras e números, - e escolhe um, reproduzindo na caixa o que está no cartão escolhido. De seguida, é dado outro cartão à Carolina, pedindo-lhe para que seja esta a reproduzir a imagem. Pode realizar com o seu dedo e com um pincel.</p>
Orientação espacial
<p>“<u>Pirâmide de copos</u>”: A estagiária explica que vão fazer uma pirâmide com copos, começando por demonstrar. Pede de seguida, para que seja a Carolina a fazer, colocando os copos uns em cima dos outros.</p> <p>“<u>Sequências com pauzinhos</u>”: É apresentado um conjunto de pauzinhos de madeira coloridos e folhas com a representação de diferentes sequências de pauzinhos. A Carolina deve escolher uma das folhas. A atividade divide-se em 2 partes/níveis: 1.º nível: A Carolina deve sobrepor cada pauzinho à respetiva imagem na folha. Pode fazer várias repetições; 2.º nível: A Carolina deve representar a sequência por baixo ou ao lado da folha.</p> <p>“<u>Imitar a face do cubo selecionada</u>”: É mostrado à Carolina um cubo de Rubik desordenado. De seguida, é-lhe entregue um papel com uma “face” do cubo representada (mas sem cores). A Carolina deve escolher uma das faces do cubo e, posteriormente, representar as cores de cada quadrado e o seu respetivo posicionamento no papel.</p> <p>“<u>Coloca o cubo no lugar</u>”: A estagiária pede à Carolina que coloque o cubo em vários locais da sala fazendo pedidos que vão ao encontro da relação do cubo com a própria, com o outro (estagiária) e ainda com o espaço envolvente (“coloca o cubo em cima de..., atrás de..., dentro de..., entre ...e..., do lado esquerdo de...”).</p>

Apesar de não se encontrar em destaque, também a promoção das competências sociais foi trabalhada, uma vez que a estagiária se relacionava com a Carolina em várias alturas do dia, ao longo da semana. Um dos momentos onde era mais visível o trabalho destas competências, era no dia em que a Carolina realizava a sua atividade externa – natação. Como já explicado previamente, no capítulo II.2, existiam várias situações em que era necessário o uso destas competências, uma vez que se encontrava num local público,

e por isso esta tinha que adequar o seu comportamento ao contexto. Deste modo, a estagiária utilizava o reforço verbal, através de “chamadas de atenção”.

II.2.3.7 Resultados e discussão de resultados

Os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação do estudo de caso, encontram-se apresentados de seguida, na tabela 18.

Tabela 18 - Resultados iniciais e finais obtidos pela Carolina

Itens	AI	AF	Pontuação máxima	Média AF por áreas
1. Autonomia e independência nas atividades de vida diária	2	2	3	2
2. Cumprimentar e despedir-se do outro	1	2	2	2
3. Ter iniciativa de comunicação (em expressões de uso comum)	1	2	3	
4. Atenção/ vigilância	1	2	2	
5. Perceção visual	3	3	3	2,2
6. Memória	3	3	3	
7. Perceção auditiva	0	0	3	
8. Perceção tátil	3	3	3	3
9. Caminhada vigorosa	2	3	3	
10. Agilidade	3	3	3	
11. Abotoar	1	1	2	1,33
12. Desabotoar	1	1	2	
13. Pintar dentro das linhas	2	2	2	

Após a análise da tabela, e comparando os resultados da AI com a AF, foi possível retirar algumas deduções.

Numa perspetiva global, ou seja, em 13 comparações de resultados iniciais com os finais, verificou-se que em 4 destas (identificadas a verde) registou-se uma progressão, melhorando a Carolina o resultado final face ao resultado inicial; 9 das comparações mantiveram-se iguais e não existiram itens em que a Carolina apresentou piores resultados.

Assim, começando por abordar os itens que apresentaram evolução, estes foram os seguintes: o item 2, *Cumprimentar e despedir-se do outro*, o item 3, *Ter iniciativa de comunicação face ao outro*, o item 4, *Atenção/vigilância* e o item 9, *Caminhada vigorosa*. Começando por abordar os itens 2, *Cumprimentar e despedir-se do outro* e 3, *Ter Iniciativa de comunicação* verificou-se que esta obteve no primeiro a cotação máxima e no segundo, melhorou de 1 para 2 pontos. Relativamente ao item 2, já se esperava uma melhoria, tendo

em conta que esses momentos de início e fim de interação foram trabalhados não só durante todas as sessões de intervenção, mas também em qualquer outro momento em que a estagiária se cruzasse com esta. Foi sentida uma evolução neste aspeto, na medida em que, no início da intervenção com a Carolina, era necessário repetir-se algumas vezes a saudação (e.g. “olá” ou “bom dia”) até que esta retribuísse, no entanto, no último mês esta saudava a estagiária de forma espontânea e imediata. No caso do item 3, e tendo em conta que este item se interrelaciona com o anterior, também existiu uma evolução, uma vez que a Carolina aumentou o número de gestos espontâneos durante as interações (nomeadamente nas situações em que utilizava o “por favor”). No entanto, e na maior parte das vezes, gestos como “desculpa” e “obrigada” só eram expressos caso lhe fosse dada essa indicação verbal.

Tendo em conta os itens analisados anteriormente, correspondentes à área *Comunicação*, pode ser verificado um balanço global positivo na medida em que, em ambos os itens, existiu progressão de resultados. Esta melhoria não é demonstrada apenas nas avaliações, como também nos diversos momentos do seu quotidiano, verificando-se assim uma aquisição de competências sociais.

Relativamente ao item 4, *Atenção/vigilância*, a Carolina obteve a cotação máxima. A explicação atribuída para esta evolução relaciona-se com o facto da cliente, contrariamente à AI, ter compreendido o objetivo da tarefa. Nos restantes itens relacionados com as funções cognitivas, a Carolina obteve a cotação máxima (mantendo por isso o valor), com exceção do item 7, *Perceção auditiva*, que manteve a cotação de 0 valores, correspondendo o único item em que a Carolina teve 0 (identificado a vermelho). Provavelmente, este fraco resultado pode estar associado ao facto da Carolina ser uma pessoa (praticamente) não verbal, devido a não ter adquirido qualquer tipo de linguagem falada ou escrita. Pessoas sem esta aquisição manifestam dificuldades na sequencialização e organização, entre outras, agindo antes de refletir, devido ao seu processamento auditivo imediato ser fraco (Fonseca, 2010). O autor refere ainda que estes indivíduos raramente utilizam a audição para se orientarem através do envolvimento, atraindo-se apenas por aquilo que tem cor, forma ou tamanho. Para além desta hipótese, é conhecido que os indivíduos com Síndrome de *Williams* têm dificuldades visuoespaciais, envolvendo por isso dificuldades na compreensão, na ordem, duração, sequencialização, relações do indivíduo com o espaço, entre outros (Farran e Formby, 2012). Contudo, apesar deste item ter sido fraco, todos os outros itens que constituíram a área das funções cognitivas, perfizeram que a Carolina revelasse uma boa prestação nesta área. É possível verificar que existiu consistência nos resultados obtidos pela Carolina nesta área, uma vez

que foram similares aos que esta obteve enquanto membro do Grupo A - esta área também foi avaliada no Grupo A.

No caso do item 9, *Caminhada vigorosa*, a Carolina também melhorou a sua participação, apresentando a cotação máxima. De referir que este critério de êxito correspondia à realização de uma caminhada à volta da Associação Qe, a um bom ritmo e sem paragens ou hesitações. De facto, foi denotada uma evolução da Carolina, uma vez que, inicialmente, esta pedia muitas vezes para suspender a caminhada ou tentava fazer “atalhos” de modo a encurtar o percurso, no entanto, ao longo das várias caminhadas realizadas, a Carolina passou a demonstrar muito menos resistência (inclusive, houve momentos em que a estagiária a desafiava para pequenas corridas e esta fazia-lo com agrado). Apesar de a Carolina demonstrar resistência em realizar qualquer tipo de atividade física, esta evolução pode ser explicada devido ao gosto que a Carolina tinha em estar ao ar livre, permitindo-lhe ganhar alguma motivação para realizar a atividade. Este item, juntamente com o item 10, *Agilidade*, perfazem a área da praxia global uma das áreas fortes da CD, apesar de não ter sido uma área selecionada para intervenção.

Relativamente ao item 1, *Autonomia*, a Carolina manteve a sua prestação. Esta manutenção do resultado deveu-se ao facto desta continuar com algumas dificuldades nas tarefas “Sabe utilizar a casa-de-banho,” e “Tomar banho”. No caso da primeira, verificava-se que esta, por vezes, não despejava o autoclismo após utilizar a sanita. Já na segunda atividade, a Carolina tinha dificuldades em lavar o cabelo (esfregando apenas numa zona, insistindo pouco e realizando poucas repetições) e também era necessário ajuda verbal para que esta lavasse todo o corpo. Adicionalmente, é de salientar que estes pontos estavam dependentes de necessidades fisiológicas ou higiénicas e que, por isso, foram atividades pouco trabalhadas. No caso dos restantes itens, a Carolina era capaz de os realizar autonomamente, no entanto, era frequente recorrer a uma pessoa para que esta fizesse por ela a tarefa (e.g. ajudar a vestir, calçar). Assim, é de referir que, mesmo apresentando algumas dificuldades na realização de alguns itens, estes têm perspetiva de evolução, podendo ser considerado que a CD é uma jovem adulta praticamente autónoma.

Por último, nos itens 11, *Abotoar*, 12, *Desabotoar* e 13, *Pintar dentro das linhas*, a CD manteve a sua prestação. Esta manutenção de resultados não preocupa a estagiária, uma vez que, e relativamente aos dois primeiros itens, a Carolina foi capaz de abotoar e desabotoar alguns dos botões, apenas com ajuda verbal (noutros era mesmo necessário ajuda física). No entanto, esta demorava bastante tempo entre cada botão, não tornando a atividade eficaz. Relativamente à atividade *Pintar dentro das linhas*, esta era capaz de segurar no lápis e realizar pinça trípole, mas tinha alguma dificuldade na destreza e

coordenação oculomanual. Efetivamente, é possível verificar que a área *Praxia Fina* pode ser considerada uma das áreas fracas da intervenção, no entanto, acaba por ser aquela que, dentro do conjunto, é a menos importante para a qualidade de vida da Carolina.

II.2.3.8 Reflexão crítica e limitações/sugestões

Primeiramente, deve ser mencionada a relação que se foi construindo ao longo do período de intervenção com a Carolina. Foi revelada uma criação de empatia, preocupação mútua, confiança, perfazendo uma relação positiva, baseada no modelo pedagógico adotado pela instituição (*Gentle Teaching*).

A estratégia utilizada para apresentar a sessão – através de imagens – ajudou a diminuir a ansiedade da Carolina, na medida em que, inicialmente (antes de se utilizar essa estratégia), a cliente perguntava com frequência quando é que podia ter o momento lúdico musical, apontando para a mala onde a estagiária guardava o telemóvel. Assim, a introdução desta estratégia promoveu a atenção e concentração e diminuiu a ansiedade. Possibilitou também a dinamização de sessões mais eficientes e de um sentimento de gratificação para a estagiária, ao observar que a sua estratégia permitiu ter um impacto positivo na cliente.

Foi verificado que ao longo da intervenção, a Carolina aumentou o seu tempo útil de sessão, melhorando o tempo de atenção sustentada em cada tarefa. Possivelmente, deveu-se ao facto desta já se encontrar familiarizada com a duração e a rotina da sessão.

Durante as sessões, foi possível verificar que a qualidade da prestação da Carolina nas tarefas aumentou não só, devido aos dois pontos descritos nos parágrafos anteriores, como também, ao facto de no final de todas as sessões, existir uma atividade, que para a cliente era vista como uma recompensa. Por outras palavras, quando a Carolina se encontrava menos disponível na realização das tarefas, a estagiária utilizava o reforço verbal e, por vezes, tinha mesmo que mencionar que o tempo da atividade satisfatória seria reduzido ou nulo. Desta forma, foi possível verificar que a Carolina não apresentava motivação para realizar tarefas que não lhe dessem prazer ou interesse, se não soubesse que iria ter uma recompensa imediata. Consequentemente, a consciencialização de benefícios a longo prazo é algo que a cliente demonstra dificuldades. Este comportamento era verificável também fora da sessão – no seu dia-a-dia – uma vez que mesmo no caso de atividades em que esta era capaz de realizar autonomamente, caso tivesse oportunidade, pedia frequentemente a outra pessoa que as realizasse.

Relativamente à realização de atividades em que esta apresentava dificuldades, a Carolina exibia níveis de persistência baixos, ou seja, perante o insucesso em uma ou duas

tentativas na realização da tarefa, esta desistia da tarefa, sendo necessário uma insistência por parte da estagiária.

Adicionalmente, a Carolina era medicada com um fármaco que tinha como efeitos colaterais apatia, sonolência e diminuição de movimentos. Deste modo, é possível pressupor que a desmotivação e inatividade por parte da cliente poderiam estar interligados aos efeitos da medicação e não devido à própria condição inerente à problemática. Assim, torna-se difícil perceber qual a causa do seu comportamento: própria personalidade da pessoa, características inerentes à síndrome ou possível comorbilidade com doença mental (diagnóstico duplo).

Algumas sugestões que se consideram importantes serem-se aplicadas no futuro, na intervenção com a Carolina são: aumentar-se a periodicidade de sessões (pelo menos duas vezes por semana), e de preferência, manter-se o formato individual, de modo a poder haver uma maior consistência no trabalho das áreas a melhorar; a sessão deve ser realizada num espaço que possibilite a concretização de atividades de maior movimento (Espaço Movimento), exigindo a utilização de grandes grupos musculares, bem como a possibilidade de se explorar materiais diversificados e, por último, sugere-se ainda que deve ser continuada a estratégia relativa à apresentação da sessão (imagens das atividades), caso exista outra intervenção individual.

Fazendo uma apreciação global da Carolina, após todas as vivências que a estagiária teve com esta, é possível caracterizá-la como uma jovem adulta carinhosa e sociável. Em termos de perspetivas futuras, considera-se que a Carolina poderá ter bastantes dificuldades em inserir-se em contextos de trabalho, predominantemente, devido à não aquisição de responsabilização. No entanto, apesar de algumas limitações observadas e descritas, considera-se que através da IPM (individual como grupal), aliada a outras terapias, a Carolina terá uma capacidade de evolução nos vários níveis analisados e, globalmente, da sua independência.

III Atividades complementares

Ao longo de todo o período de estágio, a estagiária teve também a possibilidade de fazer parte de momentos mais informais, que não faziam parte do seu habitual horário. Esses momentos foram saraus de ginástica, Intercentros e outros dias especiais com o intuito de se celebrar épocas festivas.

III.1 Saraus de Ginástica

As coreografias criadas já há uns anos pelas técnicas de psicomotricidade da instituição, inseridas no projeto denominado “*Ginástica é Qe*”, têm possibilitado ao grupo de ginástica participarem em vários eventos nas zonas de Lisboa e Sintra. Devido ao constante êxito deste projeto, a Associação Qe tem cada vez mais convites para eventos deste tipo. Durante o tempo de estágio, foi possível fazer parte de vários momentos deste tipo, sendo eles:

- Exibição a convite da Federação de Ginástica de Portugal (Odivelas) – 21 de março de 2019;
- Gym For Life (Odivelas) – 6 de abril de 2019;
- Festa Jovem (Almada) – 27 de abril de 2019;
- Sarau Tuna Operária de Sintra (Almoçageme) – 18 de maio de 2019;
- III Gala Gímnica (Maristas de Carcavelos) – 15 de junho de 2019

III.2 Intercentros

O InterCentros consistia num projeto que promovia o convívio dos clientes da Associação Qe com outras associações, possibilitando a que os clientes das várias instituições usufruam de um dia diferente, ao saírem dos locais onde normalmente têm as suas atividades, para poderem participar em atividades organizadas e dinamizadas por outras instituições. Assim, a estagiária esteve presente nos seguintes eventos:

- Ténis no Jamor: organizado pela instituição Cerci Lisboa, que consistiu na realização de um circuito com várias estações. Em cada estação existia um objetivo específico utilizando materiais alusivos ao Ténis (raquetes e/ou bolas);
- Jogos Tribais: organizado pela instituição Elo Social, que constituiu a realização de um *Peddy Paper* com oito estações com atividades distintas;
- Festa da Primavera: organizado pela instituição AFID e que correspondeu também a um *Peddy Paper* com diferentes estações;

- Comandos Qe: organizado pela Associação Qe, onde foram criadas atividades diversificadas e alusivas ao tema dos “comandos”. A estagiária esteve, inclusive, responsável por uma das estações.

III.3 Épocas festivas

De modo a incutir um espírito festivo entre os clientes, nas ocasiões mais especiais, a Associação Qe organizava dias de festa, onde se realizavam desfiles, jogos e momentos de animação consoante a época do ano. Estes dias especiais primaram pela originalidade e rigor na decoração de todo o espaço e proporcionaram momentos de convívio, alegria e descontração.

A estagiária pôde assistir às comemorações do Dia das Bruxas (*Halloween*), Natal, Carnaval e Páscoa.

III.4 Atividade final de estágio

Esta atividade realizou-se a 5 de junho de 2019 e consistiu num momento em grupo formado por um conjunto de atividades previamente elaboradas pelas estagiárias de mestrado e de licenciatura. Foi elaborada com a supervisão das psicomotricistas Rita Carvalho e Bianca Duarte.

Os clientes que participaram foram selecionados previamente, tendo sido o critério de seleção, a relação de proximidade que estabeleceram com as estagiárias ao longo do período de estágio. Este momento teve a duração de 1h30 e as atividades realizadas foram: manuseamento do paraquedas (rodar para a esquerda/direita, subir, descer, troca de lugares), rebentamento de balões com rebuçados no seu interior e transporte de água de um garrafão para outro, através de esponjas. Como última atividade, realizou-se um momento musical, em que todos os clientes da Associação Qe também puderam participar. Consistiu na elaboração de um pequeno concerto de uma banda (os membros da banda eram colegas de uma das estagiárias de licenciatura), que tocou e cantou várias músicas, proporcionando momentos de animação e descontração.

Assim, todos estes momentos possibilitaram à estagiária observar, conhecer e estar com os clientes em contextos informais, visivelmente marcados por um sentimento geral de bem-estar e satisfação.

IV Considerações finais

Após terminado o estágio curricular, é possível refletir-se acerca destes nove meses dentro da instituição. É, sem dúvida, verificada uma transformação a todos os níveis, nomeadamente, pessoal, social e profissional. Enquanto pessoa, foi sentido um enorme crescimento, aprendizagem e um desenvolvimento de maturidade.

Abordando, primeiramente, os objetivos do estágio curricular, referidos na *Introdução*, considera-se que foram cumpridos, na medida em que, integrada na equipa técnica, a estagiária teve autonomia para observar, planear e implementar práticas, numa vertente científica de avaliação e intervenção da terapia psicomotora, que pressupôs um processo de constante reflexão.

Durante esta experiência, foi possível estabelecer-se a ponte entre o que existe na literatura e o que foi estudado durante quatro anos e a realidade, onde é possível dar-se conta que existem inúmeras diferenças entre o conhecimento teórico e a sua posterior aplicação prática. Por conseguinte, existiram diversos momentos em que foi sentido que o diagnóstico e a respetiva teoria associada a este, não foram relevantes de uma perspetiva prática. Ou seja, não foi o diagnóstico que definiu a forma como se atuava com o cliente, mas sim as suas características observáveis, o seu modo de estar e de ser no dia-a-dia.

Inicialmente, sentiu-se um impacto dada a confrontação com uma realidade distinta. Deste modo, passou-se por um processo de absorção intenso de conhecimento, tanto relativo aos clientes, como aos técnicos e ao próprio funcionamento da instituição, onde tudo era novo e diferente. Paralelamente a este processo de integração, foi necessário uma moldagem pessoal enquadrada no contexto vivenciado. Este processo implicou a criação e a adaptação de novas rotinas pessoais, envolvendo a execução de diversas atividades, onde eram necessários ajustes comportamentais tendo em conta o perfil de cada cliente e circunstância.

Existiu, assim, uma autodescoberta enquanto terapeuta uma vez que, ao longo do tempo, foi possível criar-se inúmeras relações com o outro, pressupondo que cada relação era diferente e única e possibilitando diferentes dinâmicas entre terapeuta e cliente. Deste modo, é possível concluir que não há de todo “receitas”, ou seja, cada um é como é, priorizando-se o indivíduo como um ser holístico, de modo a compreender exatamente quais são os seus principais interesses e necessidades, para que a intervenção seja o mais eficaz possível.

Houve um processo de simbiose entre a instituição e a estagiária, na medida em que, por um lado, a instituição beneficiou de uma profissional disposta a contribuir positivamente para os objetivos propostos e, por outro lado, a estagiária teve possibilidade

de conhecer o funcionamento de uma instituição e de dar aplicabilidade prática dos seus conhecimentos.

Foi também sentida uma excelente integração por parte da equipa multidisciplinar, uma vez que o ambiente proporcionado era agradável, havia abertura para dar sugestões e opiniões, bem como uma autonomia na realização de determinadas tarefas, transmitindo um sentimento de confiança.

O à vontade e a disponibilidade proporcionados pela orientadora local e pela psicomotricista com quem a estagiária também passou grande parte do tempo, permitiu que fossem expostas com naturalidade, todas as dúvidas que iam surgindo, sem inseguranças e medo de errar. A supervisão constante destas duas colegas, durante as sessões dinamizadas, possibilitou-lhe um apoio permanente, bem como um constante feedback da sua prestação, através de críticas construtivas, o que permitiu uma otimização das atividades desenvolvidas.

Por vezes, as sessões previamente planeadas eram alteradas no início ou durante a sessão. Isto deveu-se não só à possível complexidade das tarefas propostas, como também à disponibilidade do grupo no momento da sessão. Também aconteceu serem adicionadas atividades à sessão, por um lado devido à eliminação previa de uma tarefa planeada e, por outro lado, devido ao tempo de execução das tarefas ser mais reduzido do que o previsto (boa prestação por parte dos clientes ou dificuldade na previsão da duração das tarefas). Deste modo, foi possível desenvolver competências como a resolução de problemas, a capacidade de dar rápida resposta face ao imprevisto e criatividade.

Aprender a lidar com a impotência e com a frustração é fundamental, no entanto, muitas vezes não é imediato. De uma perspetiva prática, certas dificuldades observadas nos clientes durante a realização de certas tarefas, bem como a dissonância entre os resultados esperados e os resultados obtidos pelos grupos de intervenção, transmitem alguns sentimentos negativos para o terapeuta. Contudo, deve-se ter consciência de que a terapia é um processo e, por isso mesmo, é algo que requer tempo. Esta consciencialização permite ao terapeuta reduzir a expectativa relativamente à obtenção de resultados a curto-prazo.

Outro ponto relevante, surgindo principalmente no começo do estágio, foi a dificuldade sentida no modo de estar e atuar enquanto terapeuta relativamente a cada cliente. Tendo em conta que existiam inúmeros perfis distintos, havia necessidade de se adequar a postura ao respetivo indivíduo. Deste modo, tentou criar-se um equilíbrio na construção de uma relação empática, que, por um lado visava a existência de características como a sensibilidade e responsividade face ao outro, mas por outro lado, estava na base

de alguma exigência e do assumir de uma figura de autoridade. Estes dois lados oscilavam consoante o perfil do cliente.

Após definido o plano de intervenção, constituído pelos vários objetivos gerais e específicos traçados para um certo período de tempo, era necessário colocá-lo em prática e ocupar todas as sessões semanais com o desenvolvimento dessas áreas. No entanto, em alguns momentos, quando se observava que a maioria dos clientes exibia um estado de espírito menos disponível e pronto para a sessão, sentiu-se a necessidade de lhes conceder algum espaço destinado a momentos livres e de espontaneidade, que não estivessem obrigatoriamente ligados aos objetivos pré-definidos. Deste modo, sugere-se que o período de intervenção possa ser mais longo e/ou que exista uma maior periodicidade de sessões por semana, para que, por um lado, seja possível cumprir o plano de intervenção definido, e para que, por outro, se possam realizar sessões mais livres e descontraídas, sem que hajam pressões por parte do terapeuta em se desviar do plano e dos objetivos.

É essencial observar a diversidade de características que cada indivíduo possui, características estas que em conjunto, com mais ou menos apoios, vão facilitar a realização das diversas atividades que vão sendo necessárias ao longo da vida. Igualmente importante está no facto de perceber que cada pessoa é diferente e que, por isso, tem diferentes aptidões, sendo que essas aptidões deverão ter igual importância e serem igualmente valorizadas na sociedade.

Relativamente ao processo de “agrupamento” heterogéneo dos clientes nas diferentes atividades, pode ser refletida uma ambivalência de opiniões. Por um lado, denota-se uma série de benefícios no sentido em que, como já foi abordado anteriormente, em cada grupo, os indivíduos com mais capacidades desenvolvem sentimentos de responsabilização, liderança e autoestima, e os com menos capacidades, observam e seguem os outros, tentando imitá-los. Por outro lado, esses clientes com mais capacidades têm naturalmente uma maior consciência da sua prestação superior em relação aos outros, dando-se conta, por vezes de algumas atividades que possam estar infantilizadas, bem como a perceção do reduzido grau de complexidade de algumas das tarefas propostas, originando, por vezes, sentimentos de frustração e desinteresse. Relativamente aos clientes com menos capacidades, estes requeriam uma disponibilidade muito elevada, o que limitava o tempo útil da sessão. Assim, numa perspetiva de diminuir estes sentimentos, sugere-se que, complementarmente, sejam implementadas sessões de intervenção individualizadas (ou criados grupos menores e mais homogéneos), para que as sessões

possam estar verdadeiramente direcionadas para as suas prioridades e áreas de interesse, criando uma maior motivação nos clientes.

Olhando para as características destes indivíduos, são evidenciadas dificuldades relacionadas com a responsabilidade e com a abstração a longo prazo. Desta forma, sensações relacionadas com a ansiedade e preocupação são atenuadas. Enquanto que, pessoas com desenvolvimento típico, não vivenciam o momento presente de forma tão plena e despreocupada. As preocupações associadas a eventos passados e futuros ocupam o estado de espírito da maioria destas pessoas. Contrariamente, os indivíduos em estudo, não lidam constantemente com estas preocupações, permitindo-os alcançar de forma mais frequente, um estado de tranquilidade e bem-estar, traduzindo-se numa aproximação à felicidade.

Não obstante das diferenças encontradas entre todos os seres humanos, existem efetivamente semelhanças. Em contextos informais, foi possível presenciar entre colaboradores e clientes, um ambiente descontraído, divertido e de partilha. Comparativamente, era quase como se tratasse de um momento de encontro entre amigos. Muitas das diferenças que eram evidenciadas em contextos formais, desvaneciam com a informalidade, ficando apenas visível a componente mais pura e genuína de cada um. Nesses mesmos momentos, sentimentos de comunidade, pertença e bem-estar eram sentidos de forma transversal entre todos, porque na verdade, e como bem sabemos, somos todos iguais.

V Bibliografia

- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade – Jogos Facilitadores de Aprendizagem*. Viseu: Psicossoma.
- Albuquerque, M. (2000). *A criança com deficiência mental ligeira*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5* (5ª ed.). Arlington, VA: Autor.
- Amorim, S., Barrote, F., Costa, B. e Santos, S. (2017). Atitudes face à Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental em função da idade. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 24, 64-78.
- Antunes, N. (2018). Sentidos. In N. L. Antunes, A. Paris, A. C. Fonseca, R. Mata e B. Dias (Eds.). *Perturbação do desenvolvimento intelectual* (pp. 71-90). Alfragide: Lua de Papel.
- Araújo, D. e Godinho, M. (2000). A ação como incorporação do conhecimento. In B. Barreiros, F. Melo e E. Sardinha (Eds.). *Percepção & ação III* (pp. 103-135). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2017). *A Psicomotricidade em Portugal*. Psicomotricidade. Retirado em 27 de outubro de 2019 de: <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Associação Qe. (2018). *Quem somos*. Retirado a 18 de novembro de 2018 de: <https://quintaessencia.pt/quem-somos/sobre-a-associação-qe>
- Aucouturier, B. (2010). *Dificuldades do Comportamento e Aprendizagem. A pedagogia da escuta e a prática psicomotora para o acompanhamento do crescimento da criança*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Bandeira de Lima, C. (2015). *Perturbações do Desenvolvimento. Manual orientações diagnósticas e estratégias de intervenção*. Lisboa: Lidel.
- Barbosa, R., Frade, M., Magalhães, I. e Santos, S. (2017). *Atitudes dos professores face às pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental. Atas/Anuais, Resumos e Textos completos (363-377) do V Congresso Internacional Educação, Inclusão e Inovação*. Lisboa
- Barnhill, J. e McNelis, D. (2012). Overview of Intellectual/Developmental Disabilities. *Focus – the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. X(3), 300-306. doi: 10.1176/appi.focus.10.3.300
- Barr, O. e Millar, R. (2003). Parents of Children with Intellectual Disabilities: Their Expectations and Experience of Genetic Counselling. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 189-204.
- Belva, B. e Matson, J. (2013). An examination of specific daily living skills deficits in adults with profound intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 596-604.
- Bergen, D. (2008). Effects of poverty on cognitive function: A hidden neurologic epidemic. *Neurology*, 71, 447-451. doi: 10.1212/01.wnl.0000324420.03960.36
- Bergés, J. (1985). Alguns temas de investigação em psicomotricidade. Educação Especial e Reabilitação. *Temas de psicomotricidade* [Conferência]. Cruz Quebrada: Centro de Documentação e Informação – ISEF.

- Bessa, C., Lopes, F. e Maciel, P. (2012). Molecular Genetics of Intellectual Disability. In U. Tan (Ed.). *Latest findings in intellectual and developmental disabilities research* (pp. 149-176). Croácia: InTech.
- Blasi, F., Elia, F., Buono, S., Ramakers, G e Nuovo, S. (2007). Relationships between visual-motor and cognitive abilities in intellectual disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 104, 763-772. doi: 10.2466/PMS.104.3.763-772
- Boscaini, F. (2004). The specificity of psychomotor semiology for an adequate diagnostic. *A Psicomotricidade*, 3, 50-60.
- Borella, E., Carretti, B. e Pelegrina, S. (2010). The specific role of inhibition on Reading comprehension in good and poor comprehenders. *Journal of Learning Disabilities*, 43(6), 541-552. doi:10.1177/0022219410371676
- Brito, A. (2005). *Observação direta e sistemática do comportamento*. Lisboa: Edições FMH.
- Brookes, E. (2016). New insights into intellectual disability caused by mutations in a chromatin regulator. *EbioMedicine*, 6, 2-3. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.04.001
- Caliari, E. (2004). Um projeto de prevenção psicomotora nas escolas. *A Psicomotricidade*, 3, 116-117.
- Campos, R., Martínez-Castilla, P., e Sotillo, M. (2017). False belief attribution in children with Williams syndrome: the answer is in the emotion. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(11), 1003-1010.
- Chan, F., Livneh, H., Pruet, S., Wang, C. e Zheng, L. (2009). Societal attitudes toward disability: Concepts, measurements, and interventions. In E. Cardoso e J. Chronister (Eds). *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation* (pp. 333-367). New York: Springer Publishing Co.
- Channel, M., Loveall, S. e Conners, F. (2012). Strengths and weaknesses in reading skills of youth with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(2), 776-787.
- Claes, C., van Hove, G., van Loon, J., Vandeveld, S. e Schalock, R. (2010). Quality of life measurement in the field of intellectual disabilities: Eight principles for assessing quality of life-related personal outcomes. *Social Indicators Research*, 98, 61-72. doi: 10.1007/s11205-009-9517-7
- Collins, R. T. (2013). Cardiovascular disease in Williams syndrome. *Circulation*, 127(21), 2125-2134.
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. (CDPD). (2006). Ministério Público. Procuradoria Geral da República. Retirado a 1 de março de 2020 de: http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf
- Costa, J. (2005). Dinâmica de Grupo em Psicomotricidade de base relacional. In M. Vidigal e Colaboradores, *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes* (pp. 277-298). Lisboa: Trilhos Editora.
- Cummins, R.A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699-706. doi:[10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x)
- Cuskelly, M. e Gilmore, L. (2007). Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability): Scale development and community norms. *Journal of*

intellectual & developmental disability, 32, 214-21.
doi:10.1080/13668250701549450

- Custódio, M. e Santos, S. (2011). O Papel da intervenção psicomotora na promoção da qualidade de vida. *A Psicomotricidade*, 14, 9-24.
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual review of psychology*, 64, 135-168. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143750
- Dukes, E. e McGuire, B. (2009). Enhancing capacity to make sexuality-related decisions in people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 727-34. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01186.x
- Evans, McGuire, Healy e Carly. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: staff and family carer perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(2), 913-921. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01202.x
- Eysenck, M. e Keane, M. (2017). *Manual de psicologia cognitiva* (7.^a ed.). São Paulo: Artmed.
- Farran, E. K., e Formby, S. (2012). Visual perception and visuospatial cognition. *Neurodevelopmental disorders across the lifespan: A neuroconstructivist approach*, .Oxford: Oxford Scholarship Online. doi: :10.1093/acprof:oso/9780199594818.003.0060
- Fisher, M., Griffin, M. e Hodapp, R. (2011). Intellectual Disabilities (Mental Retardation). *Encyclopedia of Adolescence*, 1, 193-201. doi: 10.1016/B978-0-12-373915-5.00025-5
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. e First, M. (2007). Introduction. In Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. e First, M. (Eds.). *Diagnostic manual-intellectual Ddsability (DM-ID): a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability* (pp. 1-10). Kingston, NY: NADD Press.
- Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa [FMH-Ulissboa]. (2019). Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais. Retirado a 1 de março de 2020 de: <http://www.fmh.ulissboa.pt/pt/mestrados/reabilitacao-psicomotora/plano-deestudos/item/1358-9212403?pl=3&rm=1>.
- Fonseca, V. (1972). *A Importância da Noção do Corpo*. Lisboa: Instituto Superior de Educação de Lisboa.
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 3/4, 125-139.
- Fonseca, V. (2001). Para uma epistemologia da psicomotricidade. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 13-28). Cruz Quebrada: Serviço de Edições da Faculdade de Motricidade Humana.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento motor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. e Martins, R. (2001). Prefácio. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*. (5-10). Cruz Quebrada: Serviço de Edições da Faculdade de Motricidade Humana.

- Frawley, P., e Wilson, N. J. (2016). Young people with intellectual disability talking about sexuality education and information. *Sexuality And Disability*, 34(4), 469-484. doi:10.1007/s11195-016-9460-x
- Gonçalves, T. e Lemos, M. (2014). Personal And Social Factors Influencing Students' Attitudes Towards Peers With Special Needs. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 112, 949-955. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.1253
- Gorla, J., Araújo, P. e Carminato, R. (2004). Desempenho psicomotor em portadores de deficiência mental: Avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Ciência do Esporte*, 25 (3), 133-147.
- Greenspan, S., Harris, J. e Woods, G. (2015). Intellectual disability is “a condition, not a number”: Ethics of IQ cut-offs in psychiatry, human services and law. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1, 312-324. doi: 10.1016/j.jemep.2015.07.004.
- Harris, J. (2006). *Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Harris, J. e Greenspan, S. (2016). Definition and Nature of Intellectual Disability, in N. Singh (Ed). *Handbook of Evidence-Bases Practices in Intellectual and Developmental Disability, Evidence-Based Practices in Behavioral Health*, Springer International Publishing Switzerland, doi: 10.1007/978-3-319-26583-4_2
- Haw, C. e Stubbs, J. (2010). Off-label psychotropic prescribing for young persons in medium security, *Journal of Psychopharmacology*, 24(10), 1491–1498, doi:10.1177/0269881109105102
- Hills, J.Á., Zarate, Y.A., Danylchuk, N.R., Lepard, T., Chen, J.C., Collins, R.T. (2017). Advanced cardiovascular imaging in Williams syndrome: Abnormalities, usefulness, and strategy for use. *American Journal of Medical Genetic Part A*, 9999,1–6. doi:10.1002/ajmg.a.38138.
- Hocking, J., Pearson, A. e McNeil, J. (2013). Physiotherapy to improve gross motor skills in people with intellectual disability: A systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 11(12), 94-108. doi: 10.11124/jbisrir-2013-1180
- Jones, R. e McCaughey, R. (1992). Gentle Teaching and applied behavior analysis: A critical review. *Journal of applied behavior analysis*, 25(4), 853-867. doi: 10.1901/jaba.1992.25-853
- Jones, W., Reilly, J., Lincoln, A. e Adolphs, R. (2000). linking cognitive neuroscience and molecular genetics: New Perspectives from Williams Syndrome Ursula Bellugi and Marie St. George (Eds.). *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12, 30-46.
- Karam, S., Barros, A., Matijasevich, A., Santos, I., Anselmi, L., ..., Black, M. (2016). Intellectual Disability in a Birth Cohor: Prevalence, Etiology, and Determinants at the Age of 4 Years. *Public Health Genomics*, 19, 290-297. doi: 10.1159/000448912.
- Kitchener, B. A., Jorm, A.F., Kelly, C.M., Pappas, R. e Frize, M. (2010). *Intellectual disability mental health first aid manual* (2ª ed.). Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre.
- Lakatos, E. e Marconi, M. (2007). *Técnicas de Pesquisa* (6.ª edição). São Paulo: Atlas.

- Lambert, N., Nihira, K. e Leland, H. (1993). *AAMR Adaptive Behaviour Scale – School, examiner’s manual* (2.^a ed.). Austin, Texas: PRO-ED.
- Leitão, I., Lombo, C. e Ferreira, C. (2008). O contributo da psicomotricidade nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. *Revista Diversidades*, 22, 21-24.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A. e Tassé, M. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A. ... Tasse, M. (2003). Book Review. *The Psychological Record*, 53, 327-329.
- Luckasson, R., e Schalock, R. L. (2013). Defining and applying a functionality approach to intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 657-668. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01575.x.
- Luria, A. (1981). *Fundamentos da Neuropsicologia*. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos Editora.
- Martins, R. (2001a). A Relaxação psicoterapêutica no contexto da saúde mental: O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em psicomotricidade* (pp. 29-40). Cruz Quebrada: Serviço de Edições da Faculdade de Motricidade Humana.
- Matson, J.L. e Boisjoli, J.A. (2009). An overview of developments in research on persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 587–591. doi:10.1016/j.ridd.2008.08.006
- Matson J. L. e Mahan S. (2010). Antipsychotic drug side effects for persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1570–1576. doi:10.1016/j.ridd.2010.05.005
- Maulik, P., Mascarenhas, M., Mathers, C., Dua, T. e Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities*, 32, 419-36. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.018
- McGee, J. (1992). Gentle Teaching: on the one hand... but on the other hand. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25(4), 873-877. doi: 10.1901/jaba.1992.25-873
- McGee, J. (2019). *About - What is Gentle Teaching?*. Retirado a 20 de novembro de 2019 de: <https://gentleteaching.com/about/>
- McGee, J. e Brown, M. (2014). *A Gentle Teaching Primer*. Retirado a 20 de novembro de 2019 de: <https://goo.gl/3N1JFZ>
- McGee, J., Menolascino, F., Hobbs, D. e Menousek, P. (1987). *Gentle Teaching: a non-aversive approach to helping persons with mental retardation*. New York: Human Sciences Press.
- Meuris, K., Maes, B. e Zink, I. (2014) Evaluation of language and communication skills in adult key word signing users with intellectual disability: Advantages of a narrative task. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 2585-2601. doi: 10.1016/j.ridd.2014.06.020
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J.M. (2011). *Examen Géronto Psychomoteur - Manuel D'Application*. Paris: Hogrefe.

- Morato, P. (1993). *Deficiência mental e aprendizagem – estudo dos efeitos de diferentes ambientes de aprendizagem na aquisição de conceitos espaciais em crianças com trissomia 21*(Dissertação de Doutoramento não publicada em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Morato, P. (1995). *Deficiência Mental e aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. A Mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14(1), 51-55.
- Morgan V. A., Leonard H., Bourke J. e Jablensky A. (2008). Intellectual disability cooccurring with schizopghrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 364-72.
- Morin D., Rivard M., Boursier C., Crocker A. e Caron J. (2015). Norms of the Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59 (5), 462-467. doi: 10.1111/jir.12146
- Morin, D., Rivard, M., Crocker, A., Boursler, C. e Caron, J. (2013). Public attitudes towards Intellectual Disability: a multidimensional perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (3), 279-292. doi: 10.1111/jir.12008
- Norma da Direção Geral de Saúde. (NDGS, 2011). Utilização Clínica de Antipsicóticos. Consultado a 11 de fevereiro de 2020 em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242011-de-29092011-jpg.aspx>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade*. Direção Geral de Saúde.
- Ouellette-Kuntz, H., Burge, P., Brown, H. e Arsenault, E. (2010). Public attitudes towards individuals with intellectual disabilities as measured by the concept of social distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(2), 132-142. doi: 10.1111/j.1468-3148.2009.00514.x
- Perron-Borelli, M. e Perron, R. (1970). *O exame psicológico da criança*. Lisboa: Persona Edições 70.
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, 45-49.
- Pober, B. R. (2010). Williams–Beuren syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 362(3), 239-252.
- Polloway, E. A., Patton, J. R., Smith, J. D., Antoine, K. e Lubin, J. (2009). State Guidelines for Mental Retardation and Intellectual Disabilities: A Re-visitation of Previous Analyses in Light of Changes in the Field. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44(1), 14 - 24.
- Ratz, C e Lenhard, W. (2013). Reading skills among students with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1740-1748. doi:10.1016/j.ridd.2013.01.021
- Resendes, C., Quintela, J., Freitas, M., Pereira, T. e Santos, S. (2017). *Atitudes face às pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental: Pais e Técnicos. Atas/ Anuais Resumos e Textos completos (p. 363-377) do V Congresso Internacional Educação, Inclusão e Inovação*. Lisboa

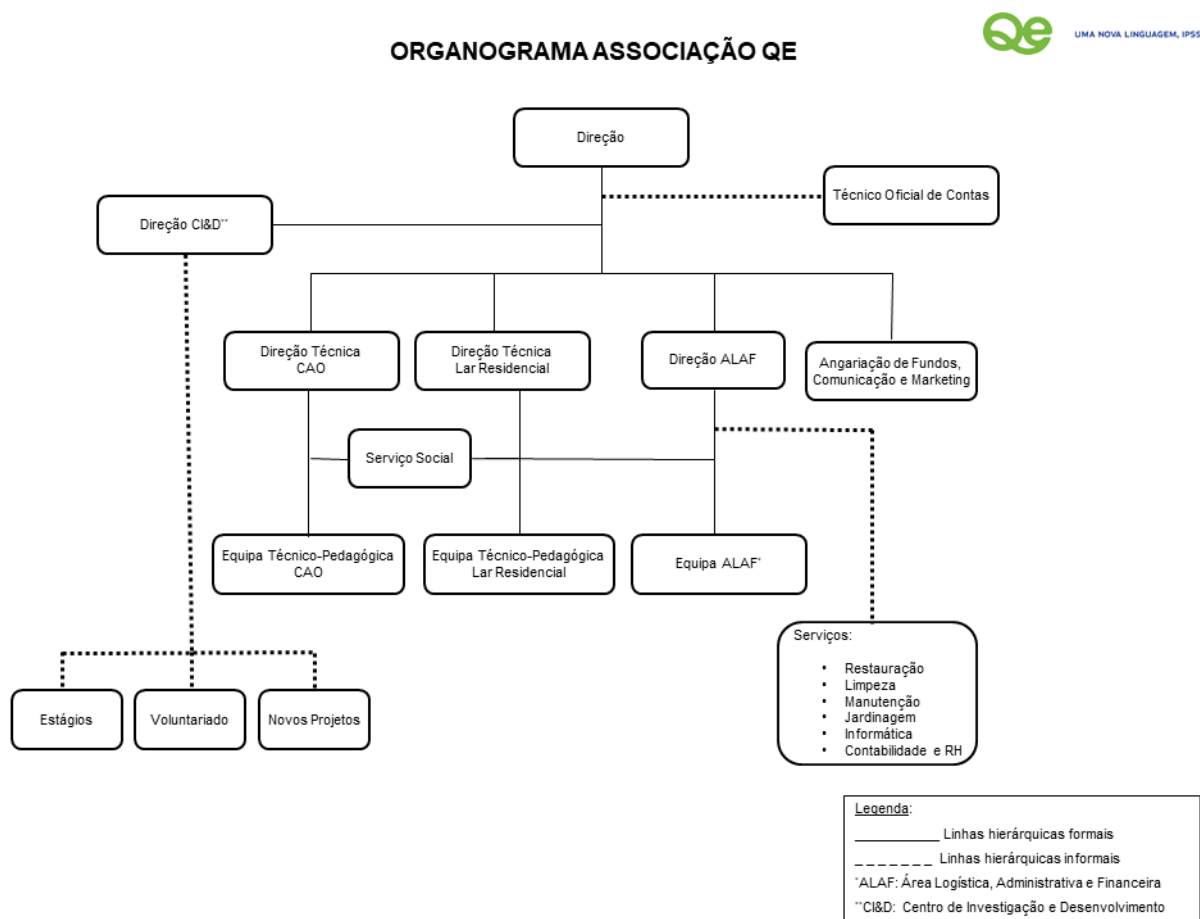
- Rintala, P. e Loovis, E. (2013) Measuring Motor Skills in Finnish Children with Intellectual Disabilities. *Perceptual & Motor Skills: Motor Skills & Ergonomic*, 116(1), 294-303. doi:10.2466/25.10.PMS.116.1.294-303
- Rodrigues, D., (1991). As necessidades educativas especiais e a intervenção. In D. Rodrigues (Ed). *Métodos e Estratégias em Educação Especial – antologia de textos*. (pp. 41-57). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Rodrigues, D. (1999). O Corpo como Lugar da Cura. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 6 (2), 31-35.
- Rosin-Pinola, A., Del Prette, Z. e Del Prette, A. (2007). Habilidades sociais e problemas de comportamento de alunos com deficiência mental, alto e baixo desempenho académico. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13(2), 239-256.
- Rubinstein, S. (1973). *Princípios de Psicologia Geral*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Santos, S. (2000). Comportamento Adaptativo. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(1), 37-46.
- Santos, S. (2010). A DID (Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental) na atualidade. *Educação Inclusiva*, 1(2), Dossier temático I-XVI.
- Santos, S. (2019). *Como Lidar com a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental*. Braga: Flora Editora.
- Santos, S. e Franco, V. (2017). As atitudes face à Dificuldade Intelectual. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 24, 11-15.
- Santos, S. e Gomes, F. (2016). A Educação das crianças com Dificuldade Intelectuais e Desenvolvimentais vs. a Convenção dos Direitos da Criança. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16(s1), 51-54. doi: 10.1111/1471-3802.12268
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações portuguesas com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A psicomotricidade*, 9, 21-31.
- Santos, S. e Morato, P. (2012). 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., Morato, P., Ferreira, S., Aniceto, H., Colaço, A., Nogueira, J., Pereira, J. e Rocha, C. (2009). Escala de Intensidade de Apoios – Estudo de validação e análise exploratória. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 16, 39-56.
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J.M.T. e Curfs, L.M.G. (2017). People with Intellectual Disabilities Talk About Sexuality: Implications for the Development of Sex Education. *Sex Disabil*, 35, 21-38. doi: 10.1007/s11195-016-9466-4
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E e Yeager, M. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual Disability
- Schalock, R. e Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), 21-36.
- Schalock, R., Gardner, J. e Bradley, V. (2007). the concepts of quality of life and personal outcomes. In R. Schalock, J. Gardner e V. Bradley (Eds.). *Quality of life for people with intellectual and developmental disabilities: Applications across individuals*,

- organizations, communities, and systems* (1.ª ed., pp. 3-13). Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K. e Wehmeyer, M. (2012). *User's guide: intellectual disability: definition, classification and systems of supports* (11a ed.). Washington, D.C.: AAIDD.
- Shevell, M. (2008). global developmental delay and mental retardation or intellectual disability: Conceptualization, evaluation, and etiology. *Pediatric Clinics or North America*, 55, 1071-1084. doi: 10.1016/j.pcl.2008.07.010
- Simões, C. e Santos, S. (2013). A Qualidade de vida na dificuldade intelectual e desenvolvimental: Operacionalização do conceito na Intervenção. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, (20), 41-27.
- Sousa, A. (1977). *Introdução à psicomotricidade*. Lisboa: Futura.
- Souza, A. e Capellini, S. (2011). Percepção visual de escolares com distúrbios de aprendizagem. *Revista Psicopedagogia*, 28(87), 256-261.
- Spitzer, M. (2007). *Aprendizagem – Neurociências e a escola da vida*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Teles, A., Ribeiro, C. e Ferreira, C. (2012). A Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde como Referência para a Classificação das Necessidades Educativas Especiais. *Gestão e Desenvolvimento*, 20,111-128.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K. ... Snell, M. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47,135-146. doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hugues, C., Rotholz, D., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M. e Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale [SIS] – Users Manual*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- 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.
- Vasconcelos, O. e Rodrigues, P. (2013). Uma (as)simetria quase (im)perfeita: Um passeio pelas assimetrias corporais e funcionais. In P. Passos (Ed.). *Comportamento Motor, Controlo e Aprendizagem*. Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Verdugo, M., Navas, P., Gómez, L. e Schalock, R. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(11),1036-1045.
- Verdugo, M., Schalock, R., Keith, K. e Stancliffe, R. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707-717.
- Viegas, P., (2003). Snoezelen. *A Psicomotricidade*, 1(1), 61-70.
- Vieira, J., Batista, M. e Lapierre, A. (2013). *Psicomotricidade relacional – A teoria de uma prática* (3.ª edição). Fortaleza-Ceará: RDS Editora.
- 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, 955-965. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x

- Yen, C.F., Lin, J.D., Loh, C.H., Shi, L. e Hsu, S.W. (2009). Determinants of prescription drug use by adolescents with intellectual disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 1354–1366. doi: 10.1016/j.ridd.2009.06.002
- Wang, M., Schalock, R., Verdugo, M. e Jenaro, C. (2010). Examining the Factor Structure and Hierarchical Nature of the Quality of Life Construct. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 115*(3), 218-233.
- Weis, R. (2014). Intellectual Disability and Developmental Disorders in Children. *Abnormal Child and Adolescents Psychology* (2.^a Edição), 88-126. USA: Denison University.
- Wenar, C. e Kerig, P. (2006). *Developmental psychopathology from Infancy through Adolescence*. New York: McGraw Hill.
- Werner, S. e Stawski, M. (2011). Mental health: Knowledge, attitudes and training of professionals on dual diagnosis of intellectual disability and psychiatric disorder. *Journal of Intellectual Disability Research, 56*(3), 291–304. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01429.x
- Wolf, S., Wolf, 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.

VI Anexos

VI.1 Anexo A – Organograma da Equipa Técnica da Associação Qe



VI.2 Anexo B - Exemplo de plano de sessão de natação

Cliente (s)	M, MM, CD, F, GH, E, LE, JM	Atividade	Natação	Nº sessão	12	Data	11/06/2019
Estagiária	Maria Ana Batista	Outros técnicos	Psicomotricistas: Rita Carvalho e Bianca Duarte Educadores de apoio: Zuleica Araújo, André Belo	Duração	50 mins	Hora	9:40-10:30
Objetivos Gerais	Promover a adaptação ao meio aquático						

Atividade	Descrição	Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Estratégias	Materiais	Tempo
Aquecimento	Devem dar as mãos, fazer uma roda e realizar os exs. do costume: correr para um lado e depois inverter o sentido; juntar e afastar; fazer bolhinhas na água; fazer imersão + novidades : pulinhos no lugar; saltar a abrir e fechar as pernas; fila indiana em roda para a esquerda e depois para a direita e ainda o "mergulho especial", reaparecendo dentro da bóia colorida (e que estará disposta no centro do círculo). Nota: após este momento, mas ainda em círculo a estagiária deve explicar a todos quais serão as atividades a realizar.	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um ritual - Aumentar a temperatura corporal - Adaptar os músculos aos esforços que vão efetuar 	<ul style="list-style-type: none"> - Devem ser capazes de participar na atividade sem comportamentos disruptivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Reforço positivo - Ajuda verbal e física 	Bóia colorida	10 mins
Circuito	Devem realizar o seguinte circuito (posições de cada estação a seguir à tabela): 1.ª estação: Deslizar por dentro do arco, com o corpo em extensão e depois segurar numa bola, deslocando-se em "canguru" (ou seja, aos saltinhos) até à 2.ª estação; 2.ª estação: devem lançar a bola de modo a acertarem num haltere (os halteres irão estar em pé, a 1 metro da berma da piscina e dispostos numa fila paralela em relação à berma). De seguida, devem agarrar em dois halteres, segurando num em cada mão e fazer abdução de ambos os braços (5-10 repetições), sem saírem do lugar. Devem voltar a colocar os halteres no sítio, pegar numa prancha e seguir para a 3.ª estação; 3.ª estação: Na berma da piscina encontra-se um "aquário" feito em eva, vários animais aquáticos também em eva e 2 montinhos de cartões: um montinho em que cada cartão tem	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar o equilíbrio horizontal e vertical - Melhorar o deslize e a propulsão - Melhorar a imersão - Trabalhar a capacidade de respiração controlada - Trabalhar a noção de quantidade - Melhorar a noção de cores e formas - Trabalhar a coordenação oculomanual 	<ul style="list-style-type: none"> - Devem ser capazes de controlar a bolinha através do sopro - Devem ser capazes de corresponder a bolinha ao anel da cor igual - Devem ser capazes de pelo menos identificar o número animais que têm que colocar no "aquário" - Devem ser capazes de fazer passes com o técnico até chegar ao pé do cesto 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Reforço positivo - Ajuda verbal e física 	Arco, formas geométricas de eva, cartões com imagens e cartões base, pranchas, animais em eva, cartões com imagens, bolas, cesto	20 mins

	<p>pintas a simbolizar diferentes quantidades (1 a 5 pintas), e outro montinho em que cada cartão tem imagens de diferentes animais aquáticos (cavalo marinho, polvo, estrela do mar, peixe, caranguejo). Cada cliente terá de retirar um cartão de cada montinho, ficando a saber o número e o tipo de animal que terá de colocar no aquário. Deste modo, pega na quantidade de animais indicada e coloca dentro do aquário, concluindo assim a tarefa. De seguida, volta a agarrar na prancha e avança para a 4.º estação;</p> <p><u>4.ª estação:</u> Mergulhar, apanhar um saquinho de areia e depois levá-lo na cabeça, sem que este caia, até à estação seguinte (1.ª).</p> <p>*Fazer o circuito 2 vezes:</p> <p>1.º- em decúbito-dorsal, com o auxílio de uma prancha;</p> <p>2.º- em decúbito-ventral, com o auxílio de uma prancha.</p>				de basquetebo I	
Criar uma torre	<p>A estagiária deve colocar um colchão no centro da piscina e pedir para que tragam os restantes materiais (também utilizados anteriormente). Deste modo, e à vez, devem ir colocando os vários materiais uns em cima dos outros, de forma a construírem uma torre com todos os materiais utilizados na sessão.</p> <p>Nota: podem ser utilizados mais materiais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o trabalho em equipa - Aumentar a noção de conceitos espaciais (cima-baixo, frente-trás, dentro-fora) 	<ul style="list-style-type: none"> - Devem ser capazes de colocar pelo menos 2 materiais diferentes em cima do colchão 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Reforço positivo - Ajuda verbal e física 	Materiais da atividade anterior	10 mins
Momento de relaxação	<p>Neste momento, deve ser feito um retorno à calma, decidindo o cliente o que quer fazer dentro de um leque de opções: deitar-se num colchão ou numa bóia, colocar-se em posição de "bebé" no colo do técnico, colocar-se em posição de decúbito-dorsal, apoiando a cabeça no ombro do técnico – sendo que todas estas opções devem ser realizadas com deslocamentos, de forma lenta, pela piscina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o relaxamento muscular - Promover a eutonia 	<ul style="list-style-type: none"> - Devem ser capazes de se "deixar levar" pelo técnico, sem manifestar resistência 	<ul style="list-style-type: none"> - 	Materiais à escolha	10 mins

VI.3 Anexo C - Instrumento de avaliação do Grupo A

Áreas	Subáreas	Descrição dos itens	Critérios de êxito
Noção do corpo	1. Pontos corporais	O sujeito deve apontar em 16 pontos do seu corpo: testa, boca, olho, nariz, orelha, pescoço, ombro, peito, umbigo, cotovelo, pulso, joelho, tornozelo, pé, mão e polegar. (adaptado do EGP)	3 – Toca em todos ou quase todos (15) os pontos pedidos.
			2 – Toca entre 10 a 14 pontos pedidos.
			1 – Toca entre 1 a 9 pontos pedidos.
			0 – Não toca em nenhum ponto pedido.
Orientação temporal	2. Conceito de tempo	O sujeito deve responder às seguintes questões: a) A nossa atividade ocorre de manhã ou de tarde? b) Nomeia os meses do ano. c) Nomeia as estações do ano. d) Que dia da semana é hoje? (adaptado da ECAP)	3 – Responde corretamente a todas as questões.
			2 – Responde corretamente 3 das 4 questões.
			1 – Responde corretamente a 1 ou 2 das 4 questões.
			0 – Não responde corretamente a nenhuma das questões.
Orientação espacial	3. Conceitos espaciais: no próprio	Deve realizar as seguintes tarefas: - Mostra-me a tua mão esquerda; - Mostra-me o teu pé direito; - Põe a mão em cima da tua cabeça; - Toca na parte de baixo do teu queixo. - Põe a mão à frente da tua cara; - Toca na parte de trás da tua perna. (sugestão da estagiária com base no teste da cognição espacial)	3 – Responde corretamente a todas as questões.
			2 – Responde corretamente a 4 ou a 5 das 6 questões.
			1 – Responde corretamente a 1, 2 ou a 3 das 6 questões.
			0 – Não responde corretamente a nenhuma das questões.
	4. Conceitos espaciais: no outro	Deve realizar as seguintes tarefas: - Vai para o lado esquerdo do colega; - Toca em baixo do queixo do colega; - Vai para trás do colega; - Toca no lado direito do colega; - Toca em cima da cabeça do colega; - Vai para a frente do colega. (sugestão da estagiária com base no teste da cognição espacial)	3 – Responde corretamente a todas as questões.
			2 – Responde corretamente a 4 ou a 5 das 6 questões.
			1 – Responde corretamente a 1, a 2 ou a 3 das 6 questões.
			0 – Não responde corretamente a nenhuma das questões.

	5. Conceitos espaciais: no objeto	<p>Deve realizar as seguintes tarefas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pega na caixa com a mão esquerda; - Põe a peça fora da caixa; - Toca na parte da frente da caixa; - Põe a mão em cima da caixa; - Põe a peça dentro da caixa; - Toca na caixa com a mão direita; - Mostra-me a parte de trás da caixa; - Põe a mão por baixo da caixa. <p style="text-align: center;">- (sugestão da estagiária com base no teste da cognição espacial)</p>	3 – Responde corretamente a todas as questões.
			2 – Responde corretamente a 5, a 6 ou a 7 das 8 questões.
			1 – Responde corretamente a 1, a 2, a 3 ou a 4 das 8 questões.
			0 – Não responde corretamente a nenhuma das questões.
	6. Estruturação dinâmica	<p>Deve observar atentamente, durante 5 segundos, as fichas respectivas (Anexo X), e de seguida, deverá reproduzir essas sequências com os fósforos.</p> <p style="text-align: right;">(adaptado da BPM)</p>	3 – Realiza corretamente todas as fichas.
			2 – Realiza corretamente 2 das 3 fichas.
			1 – Realiza corretamente 1 das 3 fichas.
			0 – Não realiza corretamente nenhuma das fichas.
	7. Representação topográfica	<p>O avaliador deve mostrar um croqui da sala (com fotografias reais dos vários objetos e mobílias existentes) ao sujeito. De seguida, deve desenhar um trajeto com o lápis, pedindo-lhe para que este o realize no real.</p> <p style="text-align: right;">(adaptado da BPM)</p>	2 – Realiza a trajetória definida corretamente.
			1 – Realiza a trajetória com ajuda e/ou com dificuldades.
			0 – Não realiza a trajetória.
	Funções cognitivas	8. Atenção/vigilância	<p>O avaliador deve colocar um objeto em cima da mesa e pedir para o sujeito o agarrar ao número 5 de uma contagem de 1 a 6. A contagem deve ser feita pausadamente.</p> <p style="text-align: right;">(adaptado do EGP)</p>
1 – Agarra antes ou depois do tempo indicado.			
0 – Não agarra no objeto.			
9. Perceção visual		<p>O avaliador deve apresentar 3 cartões com 3 imagens diferentes - um gato, um cacho de uvas e uma paisagem montanhosa - e, de seguida, pedir para indicar o que está representado na figura.</p> <p style="text-align: right;">(adaptado do EGP)</p>	3 – Reconhece todos os cartões.
			2 – Reconhece 2 cartões.
			1 – Reconhece 1 cartão.
			0 – Não reconhece nenhum cartão.

	10. Memória	O avaliador deve mostrar os mesmos três cartões (do item anterior) durante 5-7s e depois virá-los para baixo. Deve apontar para cada um e pedir para que o sujeito os identifique. (sugestão da estagiária com base no EGP)	3 – Acerta em todos os cartões.
			2 – Acerta em 2 cartões.
			1 – Acerta num cartão.
			0 – Não acerta em nenhum dos cartões.
	11. Percepção auditiva	O avaliador produz 3 ritmos (Anexo X) com um lápis numa mesa e o sujeito deve reproduzi-los de seguida. (adaptado do EGP)	3 – Reproduz os 3 ritmos corretamente.
			2 – Reproduz 2 dos ritmos corretamente.
			1 – Reproduz 1 dos ritmos corretamente.
			0 – Não reproduz nenhum ritmo corretamente.
	12. Percepção tátil	O avaliador deve pedir ao sujeito que coloque uma mão dentro de um saco opaco e que reconheça, nomeando, vários objetos dentro deste, através do tato: uma colher de aço inox, um pente e uma bola. (adaptado do EGP)	3 – Reconhece todos os objetos.
			2 – Reconhece 2 objetos.
			1 – Reconhece 1 objeto.
			0 – Não reconhece nenhum objeto.

VI.4 Anexo D - Exemplo de plano de sessão Grupo A

Cliente (s)	B, CD, M, L, LC, SA, M, S	Atividade	Orientação	Nº sessão	12	Data	09/05/2019
Estagiária	Maria Ana Batista	Outros técnicos	Psicomotricista Bianca Duarte	Duração	70 min	Hora	13:00-14:30
Objetivos Gerais	Promover a orientação espaciotemporal e a noção do corpo						

Atividade	Descrição	Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Estratégias	Materiais	Tempo
Conversa inicial	Após estarem todos sentados, a estagiária começa por perguntar como se sentem e se existe algo que queiram partilhar. Depois pergunta em que momento do dia em que se encontram, bem como qual é o respetivo dia da semana e pede ainda para se lembrarem das estações do ano existentes. Por último, explica (de forma breve) em que irá consistir a sessão.	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um ritual - Melhorar o conhecimento das fases do dia (manhã, dia e noite), dos dias da semana e das estações do ano 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada cliente deve ser capaz de dizer como se sente - Devem ser capazes de dizer em que momento do dia e dia da semana em que se encontram - Devem ser capazes de, em conjunto, verbalizar as 4 estações do ano (e as respetivas particularidades) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda verbal - Reforço positivo 	-	15 mins
Onde te estamos a tocar?	A estagiária deve escolher um dos clientes e colocar-lhe uma venda nos olhos. Os restantes, devem pegar num conjunto de imagens com as várias partes do corpo e escolher 3 delas, identificando-as primeiro no seu corpo e, posteriormente, no colega vendado, tocando-lhe. De seguida, este deve retirar a venda e dizer em que zonas do corpo é que os colegas lhe tocaram. Todos os clientes devem fazer o papel de pessoa "vendada". Nota: se necessário são colocadas todas as imagens das partes do corpo e o cliente aponta para aquelas em que foi tocado.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o conhecimento dos vários segmentos corporais e trabalhar a sua localização - Trabalhar o reconhecimento esquerda/direita no próprio e no outro -Trabalhar a identificação/nomeação de imagens no abstrato - Promover a memória tátil 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada cliente deve ser capaz de tocar em diferentes partes do corpo do outro - Cada cliente deve ser capaz de adivinhar pelo menos 1 das 3 zonas em que foi tocado 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Ajuda verbal e física - Reforço positivo 	Cartões com imagens de partes do corpo, venda	25 mins

Jogo da memória com os pratos	A estagiária coloca os pratos na mesa, dispondo-os em "4x4", com as partes coloridas viradas para baixo. De seguida, devem jogar ao jogo da memória.	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a organização espacial - Promover a memória a curto-prazo - Trabalhar a atenção sustentada e seletiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada cliente deve participar na atividade, respeitando a sua vez - Cada cliente deve jogar pelo menos 2x 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Ajuda verbal e física - Reforço positivo 	Pratos pintados com mãos de várias cores	20 mins
Cantar e dançar a música do corpo humano	Todos devem colocar-se em pé e numa roda. A estagiária e a técnica devem começar por cantar a música do corpo humano uma vez, de forma a relembrá-los, realizando a coreografia respetiva ao mesmo tempo e de seguida todos devem realizá-la em conjunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a localização das partes do corpo - Trabalhar a imitação de gestos 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada cliente deve pelo menos identificar as partes do corpo referidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Ajuda verbal e física - Reforço positivo 	-	10 mins

VI.5 Anexo E - Instrumento de avaliação do Grupo B

Áreas	Subáreas	Itens	Critérios de êxito
Equilíbrio	1. Equilíbrio estático	Deve permanecer, durante 30 segundos, em pés juntos e com as mãos na cintura. (adaptado da BPM)	3 – Realiza a tarefa corretamente.
			2 – Realiza a tarefa sem ajuda e com algumas dificuldades.
			1 – Realiza a tarefa com ajuda e com dificuldades.
			0 – Não realiza a tarefa.
	2. Equilíbrio dinâmico: marcha controlada	Deve andar em cima de uma linha reta (com 3 m de comprimento), permanecendo com as mãos na cintura. (adaptado da BPM)	3 – Realiza a tarefa corretamente.
			2 – Realiza a tarefa sem ajuda e com algumas dificuldades.
			1 – Realiza a tarefa com ajuda e com dificuldades.
			0 – Não realiza a tarefa.
	3. Equilíbrio dinâmico: andar em cima de blocos	Deve fazer uma marcha normal em cima de uma linha de blocos (com 3 metros de comprimento), com as mãos na cintura. (adaptado da BPM)	3 – Realiza a tarefa corretamente.
2 – Realiza a tarefa sem ajuda e com algumas dificuldades.			
1 – Realiza a tarefa com ajuda e com dificuldades.			
0 – Não realiza a tarefa.			
Orientação espacial	4. Conceitos espaciais: no próprio	Deve realizar as seguintes tarefas: - Põe a mão em cima da tua cabeça; - Toca na parte de baixo do teu queixo; - Põe a mão à frente da tua cara; - Toca na parte de trás da tua perna. (sugestão da estagiária com base no teste da cognição espacial)	3 – Responde corretamente a todas as questões.
			2 – Responde corretamente a 3 questões.
			1 – Responde corretamente a 1 ou 2 questões.
			0 – Não responde corretamente a nenhuma das questões.
	5. Conceitos espaciais: no outro	Deve realizar as seguintes tarefas: - Coloca-te ao lado do colega; - Toca em baixo do queixo do colega; - Vai para trás do colega; - Toca em cima da cabeça do colega; - Vai para a frente do colega. (sugestão da estagiária com base no teste da cognição espacial)	3 – Responde corretamente a todas as questões.
			2 – Responde corretamente a 3 ou a 4 questões.
			1 – Responde corretamente a 1 ou a 2 questões.
			0 – Não responde corretamente a nenhuma das questões.

	6. Conceitos espaciais: no objeto	<p>Deve realizar as seguintes tarefas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Põe a peça fora da caixa; - Toca na parte da frente da caixa; - Põe a mão em cima da caixa; - Põe a peça dentro da caixa; - Mostra-me a parte de trás da caixa; - Põe a mão por baixo da caixa. <p style="text-align: center;">- (sugestão da estagiária com base no teste da cognição espacial)</p>	3 – Responde corretamente a todas as questões.
			2 – Responde corretamente a 4, a 5 ou a 6 questões.
			1 – Responde corretamente a 1, a 2 ou a 3 questões.
			0 – Não responde corretamente a nenhuma das questões.
	7. Estruturação dinâmica	<p>Observar atentamente, durante 5 segundos, as fichas respetivas, com 3, 4 e 5 fósforos, sendo que deverá reproduzir exatamente as mesmas sequências com os fósforos.</p> <p style="text-align: center;">(adaptado da BPM)</p>	3 – Realiza corretamente todas as fichas.
			2 – Realiza corretamente 2 das 3 fichas.
			1 – Realiza corretamente 1 das 3 fichas.
			0 – Não realiza corretamente nenhuma das fichas.
	8. Representação topográfica	<p>A estagiária deve mostrar um croqui da sala ao aluno e fazer com ele uma correspondência entre as várias figuras e os objetos e mobílias da sala. De seguida, deve desenhar um trajeto com o lápis, pedindo-lhe para este o realizar no real.</p> <p style="text-align: center;">(adaptado da BPM)</p>	2 – Realiza a trajetória definida corretamente.
			1 – Realiza a trajetória com ajuda e/ou com dificuldades.
			0 – Não realiza a trajetória.

Funções cognitivas	9. Atenção/ vigilância	O avaliador deve colocar um objeto em cima da mesa e pedir para o sujeito o agarrar ao número 5 de uma contagem de 1 a 6. A contagem deve ser feita pausadamente. (adaptado do EGP)	2 - Agarra no objeto no tempo indicado.
			1 – Agarra antes ou depois do tempo indicado.
			0 – Não agarra no objeto.
	10. Percepção visual	O avaliador deve apresentar 3 cartões com 3 imagens diferentes: um gato, um cacho de uvas e uma paisagem montanhosa e, de seguida, pedir para indicar o que está representado na figura. (adaptado do EGP)	3 – Reconhece todos os cartões.
			2 – Reconhece 2 cartões.
			1 – Reconhece 1 cartão.
			0 – Não reconhece nenhum cartão.
	11. Memória	O avaliador deve mostrar os mesmos três cartões (do item anterior) durante 5-7s e depois virá-los para baixo. Deve apontar para cada um e pedir para que o sujeito os identifique. (sugestão da estagiária com base no EGP)	3 – Acerta em todos os cartões.
			2 – Acerta em 2 cartões.
			1 – Acerta num cartão.
			0 – Não acerta em nenhum dos cartões.
	12. Percepção auditiva	O avaliador deve produzir três ritmos (Anexo X) com um lápis numa mesa e o sujeito deve reproduzi-los de seguida. O ritmo seguinte só deve ser reproduzido pelo avaliador depois do sujeito ter repetido o anterior pelo menos 1x. (adaptado do EGP)	3 – Reproduz os 3 ritmos corretamente.
			2 – Reproduz 2 ritmos corretamente.
			1 – Reproduz 1 ritmo corretamente.
			0 – Não reproduz nenhum ritmo corretamente.
	13. Percepção tátil	O avaliador deve pedir ao sujeito que coloque uma mão dentro de um saco opaco e que reconheça, nomeando, vários objetos dentro deste, através do tato: uma colher de aço inox, um pente e uma bola (adaptado do EGP)	3 – Reconhece todos os objetos.
2 – Reconhece 2 objetos.			
1 – Reconhece 1 objeto.			
0 – Não reconhece nenhum objeto.			

VI.6 Anexo F - Exemplo de plano de sessão Grupo B

Cliente (s)	CC, C, D, E, GH, GC, S	Atividade	Psicomotricidade	Nº sessão	12	Data	03/05/2019
Estagiária	Maria Ana Batista	Outros técnicos	Psicomotricista Rita Carvalho	Duração	70 mins	Hora	13:00-14:30
Objetivos Gerais	Promover a estruturação espacial e as funções executivas						

Atividade	Descrição	Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Estratégias	Materiais	Tempo
Ritual de entrada – Aquecimento (com um balão)	Devem entrar na sala e tirar os casacos. A estagiária chama um a um, pedindo que formem um círculo. De mãos dadas e ao som da música, andam todos para um lado, depois para o outro, caminham até ao meio, juntando-se e depois caminham para trás, afastando-se. De seguida, coloca um balão no meio da roda dizendo que este não pode cair ao chão – existindo a possibilidade de todas as partes do corpo serem utilizadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um ritual - Promover o relacionamento entre colegas - Aumentar a noção dos ajustes corporais face a um objeto 	<ul style="list-style-type: none"> - Devem ser capazes de estar no grupo sem comportamentos disruptivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço positivo - Ajuda verbal e física 	Música animada, balão	15 mins
Lançamento de arcos	É colocado um banco sueco numa zona da sala. À frente deste, são colocados pinos de diferentes cores e a diferentes distâncias deste. Do outro lado do banco, estão arcos com as mesmas cores dos pinos, onde cada cliente se deve posicionar, pegando num destes e lançando-o de modo a acertar no pino com a cor correspondente.	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a coordenação oculomanual - Aumentar a consciencialização da posição corporal face a objetos a diferentes distâncias 	<ul style="list-style-type: none"> - Devem ser capazes de pelo menos atirar os arco para o pino da mesma cor 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Reforço positivo - Ajuda verbal e física 	Arcos, pinos, banco sueco	20 mins

Decorar o caminho	<p>A estagiária coloca o jogo do twister no meio da sala e pede para que todos se coloquem à volta. Explica que terão que imitar o caminho da pessoa escolhida. Deste modo, a estagiária exemplifica, passando de um lado ao outro do "tabuleiro" e pisando 3 cores diferentes. De seguida, todos os outros terão que fazer o mesmo caminho, pela mesma ordem. A atividade é repetida várias vezes, sendo que a pessoa a decidir um novo caminho é sempre diferente.</p> <p><u>Variante:</u> caso se obtenha sucesso pela maioria pode ser associada uma parte do corpo a uma cor (ex: vermelha- toca com a mão, verde-pés juntos, amarelo- só com um pé).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a atenção seletiva e sustentada - Trabalhar a memória a curto-prazo - Aumentar a concentração - Trabalhar a noção de cores 	<ul style="list-style-type: none"> - Devem ser capazes de acertar pelo menos nas cores escolhidas - Devem ser realizados pelo menos 3 caminhos diferentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Reforço positivo - Ajuda verbal e física 	Jogo do twister	25 mins
Ritual de saída – Círculo de massagens	<p>A estagiária deve pedir que se sentem em colchões (de pernas à chinês), de modo a fazerem uma fila e façam massagens nas costas à pessoa que se encontra à sua frente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a eutonia - Aumentar o relaxamento muscular - Promover o relacionamento interpessoal 	<ul style="list-style-type: none"> - Devem ser capazes de fazer "massagens" à pessoa da frente 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Ajuda verbal e física 	Música calma	10 mins

VI.7 Anexo G - Instrumento de avaliação do EC

Áreas	Subáreas	Itens	Critérios de êxito
Autonomia	1. Autonomia nas atividades de vida diária	<p>Através da observação direta, o avaliador deve responder às seguintes questões:</p> <p>a) Ingere líquidos sem entomar;</p> <p>b) Sabe utilizar a casa-de-banho;</p> <p>c) Lava as mãos e a cara;</p> <p>d) Toma banho;</p> <p>e) Veste-se e despe-se;</p> <p>f) Calça-se.</p> <p>(adaptado da ECAP)</p>	3 – Realiza todas as tarefas autonomamente.
			2 – Realiza 4 ou 5 das 6 tarefas autonomamente.
			1 – Realiza entre 1, 2 ou 3 das 6 tarefas autonomamente.
			0 – Não realiza nenhuma tarefa autonomamente.
Comunicação	2. Cumprimentar e despedir-se do outro	<p>O avaliador deve aferir se o sujeito cumpre os hábitos base de interação com o outro (e.g. cumprimentar e despedir-se).</p> <p>(sugestão da estagiária)</p>	2 – Realiza as ações espontaneamente, logo após observar a ação do avaliador.
			1 – Realiza as ações, após observar a ação do avaliador e ouvir o pedido por parte deste.
			0 – Não realiza as ações.
	3. Ter iniciativa de comunicação em expressões de uso comum (e.g. "olá", "desculpa", "obrigada", "por favor", "sim", "não", "adeus")	<p>O avaliador deve dizer as palavras/ realizar ações em diferentes momentos e esperar que o sujeito comunique de volta.</p> <p>(sugestão da estagiária)</p>	3 – Expressa todas as palavras pedidas, espontaneamente.
			2 – Expressa algumas das palavras pedidas, espontaneamente.
			1 – Expressa as palavras pedidas, após ouvir o pedido do avaliador para a mesma ação.
			0 – Não expressa nenhuma das palavras pedidas.

Funções cognitivas	4. Atenção/ vigilância	O avaliador deve colocar um objeto em cima da mesa e pedir para o sujeito o agarrar ao número 5 na contagem. A contagem deve ser feita pausadamente. (adaptado do EGP)	2 - Agarra no objeto no tempo indicado.
			1 – Agarra antes ou depois do tempo indicado.
			0 – Não agarra no objeto.
	5. Percepção visual	O avaliador deve apresentar 3 cartões com 3 imagens diferentes: um gato, um cacho de uvas e uma paisagem montanhosa e, de seguida, pedir para indicar o que está representado na figura. (adaptado do EGP)	3 – Reconhece todos os cartões.
			2 – Reconhece 2 cartões.
			1 – Reconhece 1 cartão.
			0 – Não reconhece nenhum cartão.
	6. Memória	O avaliador deve mostrar os mesmos três cartões (do item anterior) durante 5-7s e depois virá-los para baixo. Deve apontar para cada um e pedir para que o sujeito os identifique. (sugestão da estagiária com base no EGP)	sß – Acerta em todos os cartões.
			2 – Acerta em 2 cartões.
			1 – Acerta num cartão.
			0 – Não acerta em nenhum dos cartões.
	7. Percepção auditiva	O avaliador produz 3 ritmos (Anexo X) com um lápis numa mesa e o sujeito deve reproduzi-los de seguida. (adaptado do EGP)	3 – Reproduz os 3 ritmos corretamente.
			2 – Reproduz 2 dos ritmos corretamente.
			1 – Reproduz 1 dos ritmos corretamente.
			0 – Não reproduz nenhum ritmo corretamente.
	8. Percepção tátil	O avaliador deve pedir que o sujeito coloque a mão dentro de um saco e reconheça vários objetos, através do tato: uma colher de aço inox, um pente e uma bola. (adaptado do EGP)	3 – Reconhece todos os objetos.
			2 – Reconhece 2 objetos.
			1 – Reconhece 1 objeto.
			0 – Não reconhece nenhum objeto.

Praxia global	9. Caminhada vigorosa	Deve fazer uma caminhada à volta da Associação Qe, sem paragens e hesitações e a um bom ritmo. (sugestão da estagiária)	3 – Realiza a caminhada autonomamente.
			2 – Realiza a caminhada com ajuda verbal.
			1 – Realiza a caminhada com ajuda verbal e física.
			0 – Não realiza a atividade.
Praxia global	10. Agilidade	Deve contornar, em zigue-zague, 4 cones (espaçados a 0,5 metros). (sugestão da estagiária)	3 – Contorna autonomamente.
			2 – Contorna com ajuda verbal.
			1 – Contorna com ajuda física e verbal.
			0 – Não contorna nenhum cone.
Praxia fina	11. Abotoar	O sujeito deve abotoar um casaco (5 botões) sem paragens ou hesitações. (adaptado do EGP)	2 – Abotoa o casaco sem dificuldades.
			1 – Abotoa o casaco com dificuldades.
			0 – Não realiza a atividade.
	12. Desabotoar	O sujeito deve desabotoar um casaco (5 botões) sem paragens ou hesitações. (adaptado do EGP)	2 – Desabotoa o casaco sem dificuldades.
			1 – Desabotoa o casaco com dificuldades.
			0 – Não realiza a atividade.
	13. Pintar dentro das linhas	O avaliador deve dar ao sujeito uma imagem e pedir para que este o pinte, sem passar dos contornos. (adaptado do EGP)	2 – Pinta sem passar por fora dos contornos.
			1 – Pinta passando por fora de alguns contornos
			0 – Pinta sempre por fora, sem ligar aos contornos.

VI.8 Anexo H – Cartões utilizados na apresentação da sessão do estudo de caso



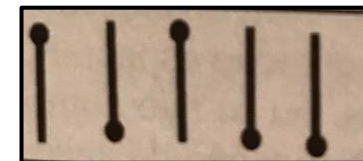
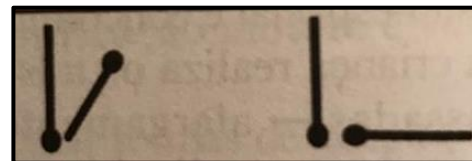
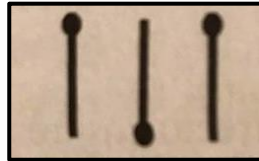
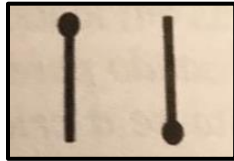
VI.9 Anexo I - Materiais de apoio aos instrumentos de avaliação

Algumas das subáreas avaliadas necessitaram de materiais de apoio. Encontra-se, de seguida, a descrição dos vários materiais utilizados para cada subárea, durante os momentos de avaliação:

- Estruturação dinâmica: utilização de fósforos. Foram criados quatro padrões distintos (consultar em baixo);
- Representação topográfica: No Grupo A, foi criada pela estagiária, uma planta da sala onde decorreu a avaliação (sala Comunicar'te) com fotografias reais (consultar em baixo). No caso do Grupo B, foi aproveitada uma planta já existente, que era uma cartolina com o desenho da sala – Espaço Movimento - e respetivas fotografias de várias zonas específicas.
- Atenção/ vigilância: utilização de uma caneta;
- Perceção visual e Memória: utilização de três imagens – gato, cacho de uvas e paisagem montanhosa (consultar em baixo);
- Perceção auditiva: utilização de quatro ritmos distintos (consultar em baixo);
- Perceção tátil: utilização de uma colher de aço inox, um pente e uma bola (do tamanho de uma bola de ténis);
- Equilíbrio dinâmico: andar em cima de blocos: utilização de oito blocos coloridos disponibilizados do Espaço Movimento;
- Agilidade: utilização de quatro cones disponibilizados do Espaço Movimento;
- Abotoar e desabotoar: utilização de um casaco fornecido pela estagiária.

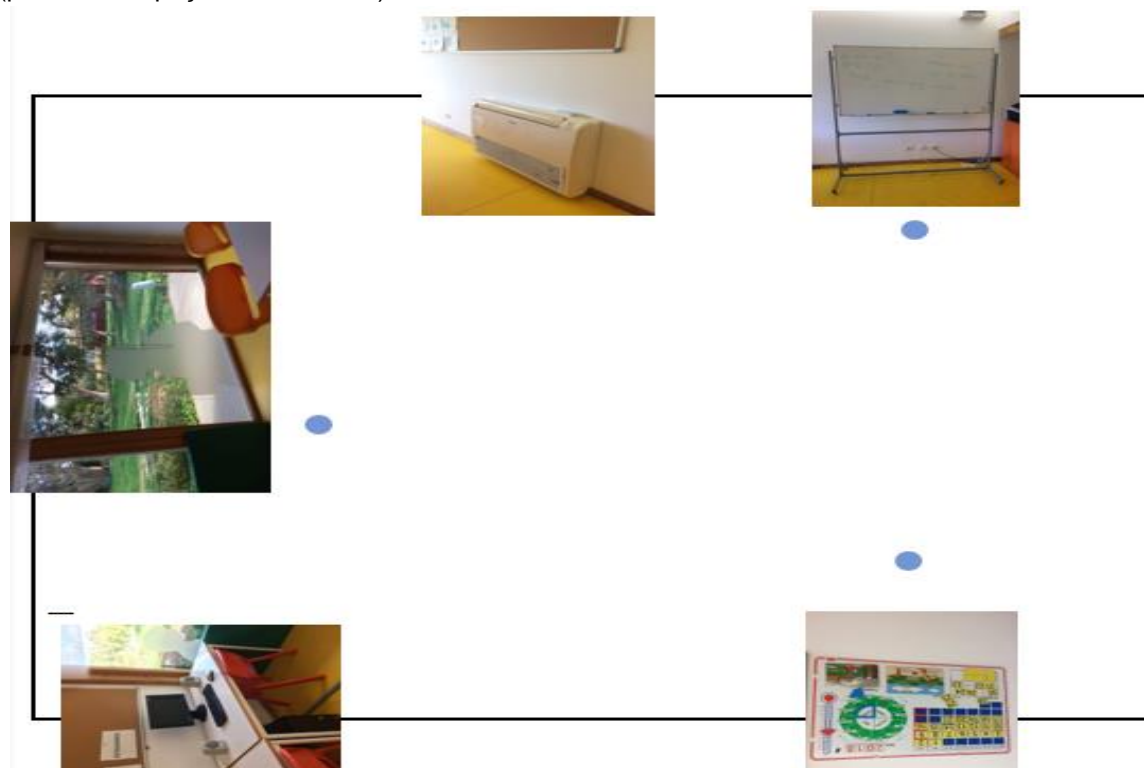
- Estruturação dinâmica

Ficha de ensaio, ficha 1, 2 e 3 (da esquerda para a direita)



- Representação topográfica

(planta do Espaço Comunicar'te)



- Percepção visual e memória



- Percepção auditiva

Ensaio	o	oo		
1.º ritmo	o	oo	o	
2.º ritmo	o	oo	ooo	
3.º ritmo	oo	oo	o	o

Nota: Cada "o" é um batimento.

VI.10 Anexo J - Exemplo de plano de sessão do estudo de caso

Cliente (s)	CD	Atividade	Psicomotricidade – Estudo de caso	Nº sessão	14	Data	14/04/2019
Estagiária	Maria Ana Batista	Outros técnicos	Psicomotricista Rita Carvalho	Duração	45-50 mins	Hora	14:30–15:30
Objetivos gerais	Trabalhar a autonomia, a comunicação, a atenção e a estruturação espacial						

Atividade	Descrição	Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Estratégias	Materiais	Tempo
Ritual de entrada	A estagiária deve cumprimentar a CD (esperando que esta retribua) e depois devem dirigir-se à sala. Devem tirar os casacos, lavar as mãos e sentarem-se confortavelmente. A estagiária explica brevemente o que vai acontecer na presente sessão (utilizando para isso os cartões com imagens).	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um ritual - Trabalhar a iniciativa de cumprimento face ao outro - Promover a autonomia e a decisão 	<ul style="list-style-type: none"> - A CD deve cumprimentar a estagiária (fazendo um gesto), sem que esta lhe peça - A CD deve compreender as tarefas que serão realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstração -Reforço positivo - Ajuda verbal 	Cartões com imagens (que simbolizam as atividades realizadas)	10 mins
Fazer um colar e desenhá-lo	A CD deve enfiar missangas (de várias cores e tamanhos), à sua escolha, num fio, com a finalidade de fazer um colar. De seguida, deve representar o colar que construiu numa folha branca, desenhando e pintando a cor das várias missangas que foram colocadas no fio elaborado.	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a destreza e a precisão manual - Trabalhar a coordenação oculomanual - Promover a atenção sustentada e seletiva - Trabalhar a reprodução de uma sequência de cores - Trabalhar a correspondência entre o concreto e o abstrato 	<ul style="list-style-type: none"> - A CD deve enfiar pelo menos 5 missangas - A CD deve tentar, pelo menos, reproduzir a sequência em papel 	<ul style="list-style-type: none"> Demonstração Reforço positivo Ajuda verbal e física 	Fio, missangas de várias cores, folha de papel, lápis de cores	15 mins

Decorar o caminho	<p>A estagiária coloca o jogo do twister no meio da sala e explica à CD que tem que imitar o caminho que a estagiária fizer. Deste modo, esta exemplifica, passando de um lado ao outro do "tabuleiro" e pisando 3 cores diferentes. De seguida, a CD tem que fazer o mesmo caminho, pela mesma ordem. A atividade é repetida pelo menos 3 vezes.</p> <p><u>Variante:</u> caso se obtenha sucesso pode ser associada uma parte do corpo a uma cor (ex: vermelha- toca com a mão, verde-pés juntos, amarelo- só com um pé).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a atenção seletiva e sustentada - Trabalhar a memória a curto-prazo - Aumentar a concentração - Trabalhar a noção de cores 	- A CD deve ser capaz de acertar pelo menos nas cores escolhidas	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Reforço positivo - Ajuda verbal e física 	Jogo do twister	10 mins
Momento lúdico musical (com bolhas de sabão)	<p>A estagiária dá à CD o seu telemóvel para que esta ouça música livremente. Ao mesmo tempo que a CD põe música, a estagiária desloca-se pela sala "lançando" bolhas de sabão. A dado momento pergunta à cliente se esta quer trocar de papéis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar o bem-estar e satisfação - Promover a independência e a tomada de decisão 	-	-	Telemóvel, embalagem para fazer bolhas de sabão	5 mins
Caminhada pela Qe	<p>A estagiária e a CD devem fazer uma caminhada à volta da Qe, sem paragens e hesitações e a um bom ritmo (ponto de partida: Comunicarte, ponto de chegada: Estufa).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a atividade física - Trabalhar a coordenação motora global 	- A CD deve realizar o passeio sem paragens	- Reforço positivo	-	10 mins
Ritual de saída	<p>Após terminarem a caminhada, e chegando à Estufa, a estagiária deve anunciar que terminou a sessão, perguntando se esta gostou. De seguida, devem despedir-se.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um ritual - Trabalhar a iniciativa de despedida face ao outro 	- A CD deve despedir-se (fazendo o gesto correspondente), sem que esta lhe peça	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Reforço positivo - Ajuda verbal 	-	5 mins