



**FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA
UNIVERSIDADE DE LISBOA**



Intervenção Psicomotora nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

**- Centro de Atividades Ocupacionais -
Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO ELABORADO COM VISTA À OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM REABILITAÇÃO PSICOMOTORA**

Orientador: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Júri:

Presidente: Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogal: Doutor Filipe Manuel Soares de Melo

Vogal: Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Cláudia Alexandra Azevedo da Silva

2016

*“É evidente que nós somos uma raça avançada de primatas, num pequeno planeta que órbita à volta de uma estrela mediana, nos subúrbios de centenas de biliões de galáxias, mas...
Desde os primórdios da civilização que as pessoas anseiam por uma compreensão da ordem fundamental do mundo.
Tem de haver algo de muito especial sobre as condições do Universo.
E o que é que pode ser mais especial do que não haver limites.
E não deveria haver limites para o esforço humano.
SOMOS TODOS DIFERENTES
Por muito má que a vida possa parecer, há sempre algo que podemos fazer e ser bem sucedidos a fazê-lo.
Enquanto houver vida há esperança.”*

Stephen Hawking

AGRADECIMENTOS

O meu mais sincero obrigado a todas as pessoas que, de certa forma, contribuíram e ajudaram na elaboração do presente trabalho e me apoiaram durante todo o processo de Mestrado e concretização do estágio de aprofundamento de competências profissionais.

Particularmente...

Ao meu pai e à minha mãe por me acompanharem em todas as caminhadas a que me proponho e me darem força em toda a jornada da vida.

A toda a minha família, madrinha, “amiga”, primas, tios e a todos os meus amigos por me apoiarem em todos os meus sonhos e aspirações e por nunca me deixarem desistir nos momentos menos bons.

À Professora Doutora Sofia Santos pela constante entrega, passagem de conhecimentos, disponibilidade, aconselhamento e apoio em todas as fases do estágio profissionalizante e elaboração do relatório final.

À orientadora Carla Tomás pela confiança, apoio e motivação, bem como as aprendizagens fornecidas e feedbacks ao longo do estágio.

Por último, a toda a organização do CAO e da SCMM, inclusive a todos os técnicos, ajudantes de reabilitação, clientes, e suas famílias, por me terem recebido de uma forma tão carinhosa e aberta, e por me incentivarem e apoiarem durante toda a intervenção com esta população e me transmitirem estratégias para realizar o meu trabalho de forma mais eficaz e proveitosa.

RESUMO

Ao longo do presente relatório de estágio, é apresentado o trabalho desenvolvido pela estagiária durante o estágio inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Este decorreu no Centro de Atividades Ocupacionais da Santa Casa da Misericórdia da Madalena, durante 8 meses e meio sendo dirigido à intervenção psicomotora em jovens e adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A intervenção psicomotora incidiu sobre intervenções individuais/grupais e atividade motora, onde foi promovido o bem-estar, qualidade de vida, funcionalidade e autonomia dos clientes, através da aplicação de atividades lúdico-pedagógicas, de mediatização corporal e terapêuticas. Assim, este documento apresenta o percurso de trabalho da estagiária, desde a sua integração na instituição, passando pela observação e conhecimento dos clientes, avaliação inicial, planeamento do processo terapêutico, avaliação final de resultados e reflexão pessoal acerca de todo o processo de estágio profissionalizante.

PALAVRAS-CHAVE: Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, Intervenção Psicomotora, Funcionalidade, Autonomia, Apoios, CAO da SCMM.

ABSTRACT

This report represents the work developed by the trainee during her internship, within Internship of Psychomotor Therapy' Master Degree. The internship lasted eight and a half months, and took place at the *Centro de Atividades Ocupacionais* in the *Santa Casa da Misericórdia da Madalena*, and it was focused on psychomotor intervention in adolescents and adults with Intellectual and Developmental Disabilities. The psychomotor intervention focused on individual/group tasks and movement activities, promoting the well-being, quality of life, functionality, as well as the clients' autonomy, through playful therapeutic-pedagogical activities through body mediation activities. Therefore, this document shows all internship student' path, from the initial inclusion in institution, through clients' observation and knowledge, evaluation, planning of the therapeutic process, and personal reflection of the whole process of the professional internship.

KEY-WORDS: Intellectual and Developmental Disabilities, Psychomotor Intervention, Functionality, Autonomy, Supports, CAO of SCMM.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO 1 – Enquadramento Teórico e Institucional	3
1.1. Caracterização da Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico	3
1.1.1. Historial	3
1.1.2. Missão, Visão, Valores, Política da Qualidade	3
1.1.3. Centro de Atividades Ocupacionais da Madalena do Pico	5
1.2. Caracterização da População Alvo	7
1.2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental	7
1.2.1.2. Etiologia e Fatores Causais da DID	10
1.2.1.3. Caracterização da Pessoa com DID	10
1.2.2. Trissomia 21	13
1.2.3. Duplo Diagnóstico / Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental e Doença Mental	15
1.2.4. Envelhecimento	17
1.3. Psicomotricidade e Intervenção Psicomotora	19
1.4. Avaliação e Observação Psicomotora	22
CAPITULO 2 – Intervenção Psicomotora no CAO da SCMM	24
2.1. Calendarização e horário das atividades de estágio	24
2.2. Apresentação dos Grupos de Intervenção da Estagiária	27
2.3. Organização dos estudos de caso e processo de intervenção	29
2.4. Instrumentos de Avaliação	29
2.4.1. Escala de Comportamento Adaptativo (versão portuguesa) – ECAP .	29
2.4.2. Escala de Intensidade de Apoios – EIA	31
2.4.3. Check List	31
2.4.4. Exame Geronto-Psicomotor – EGP	32
2.5. Objetivos da intervenção psicomotora	32
2.6. Resultados do Processo de Intervenção Psicomotora	35
2.7. Atividades complementares realizadas durante o estágio	36
CAPITULO 3 – Apresentação dos Estudos de Caso	39
3.1. Apresentação do Estudo de Caso 1 (M.X)	39
3.1.1. Dados da Anamnese do Cliente	39
3.1.2. Resultados da Avaliação Inicial/Pré-Interventiva (ECAP e EIA)	40
3.1.3. Planificação da Intervenção Psicomotora	42
3.1.4. Resultados da Avaliação Final/Pós-Interventiva (ECAP e EIA)	42

3.2. Apresentação do Estudo de Caso 2 (M.R)	46
3.2.1. Dados da Anamnese do Cliente	46
3.2.2. Resultados da Avaliação Inicial/Pré-Interventiva - Checklist	46
3.2.3. Planificação da Intervenção Psicomotora	47
3.2.4. Resultados da Avaliação Final/Pós-Interventiva - Checklist	48
3.3. Apresentação do Estudo de Caso 3 (E.R)	49
3.3.1. Dados da Anamnese do Cliente	49
3.3.2. Resultados da Avaliação (EGP)	49
3.3.3. Planificação da Intervenção Psicomotora	51
3.3.4. Resultados da Avaliação Final/Pós-Interventiva (EGP)	51
CAPITULO 4 – Conclusão e Reflexão Pessoal	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	I

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Horário da estagiária ao longo do Ano Letivo 2014/2015	24
Tabela 2 - Cronograma das tarefas durante o estágio do Ano Letivo 2014/2015	25
Tabela 3 - Descrição dos grupos apoiados pela intervenção da estagiária	28
Tabela 4 - Descrição das Sessões de Intervenção previstas e realizadas	28
Tabela 5 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos para o estudo de caso 1	42
Tabela 6 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos para o estudo de caso 2	47
Tabela 7 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos para o estudo de caso 3	51
Tabela 8 - Resultados Pós-Interventivos do Estudo de Caso 3.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados da 1ªParte da ECAP - Competências da independência pessoal	43
Gráfico 2 - Resultados da 2ªParte da ECAP – Comportamentos Desajustados.....	43
Gráfico 3 - Resultados da Secção 1 da EIA - Classificação das Necessidades de Apoio	44
Gráfico 4 - Resultados EIA - Secção 2: Escala Suplementar de Proteção e Representação	44
Gráfico 5 - Resultados EIA - Secção 3: Necessidades Excepcionais de Apoio Médico e Comportamental	44
Gráfico 6 - Resultados Obtidos no Exame Geronto-Psicomotor.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1 e 2 – Centro de Atividades Ocupacionais e Imagem da Ilha do Pico.....	3
--	---

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Exemplo de um Plano de Sessão e Relatório para a Atividade de Desenvolvimento Pessoal e Social.....	III
Anexo 2 – Exemplo de um Plano de Sessão e Relatório para as Multiatividades.....	IV
Anexo 3 – Exemplo de um Plano de Sessão e Relatório para a Intervenção Individual.....	VIII
Anexo 4 – Exemplo de um Plano de Sessão e Relatório para a Atividade de Gerontopsicomotricidade.....	XI
Anexo 5 – Exemplo dos Consentimentos Informados para a prática de intervenção com os Estudos de Caso.....	XIV
Anexo 6 – Check List aplicada ao Estudo de Caso 3 e respetivos resultados.....	XVII

INTRODUÇÃO

O presente relatório é relativo à unidade curricular de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), vertente de Estágio, do 2.º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, de acordo as linhas orientadoras do Despacho n.º 10099/2009, publicado no *Diário da República*, 2.ª série – n.º73 – 15 de abril de 2009. A unidade curricular possui um regulamento interno inerente a todos os alunos inscritos, apresentando três objetivos gerais (RACP, 2014).

Em primeiro lugar, pretende-se maximizar os conhecimentos aprofundados na área da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológicas, estimulando capacidades reflexivas e multidisciplinares. Em segundo lugar, objetiva-se que o mestrando adquira competências de planeamento, gestão e coordenação de programas de Reabilitação Psicomotora, no que se refere aos diferentes contextos de trabalho e domínios de intervenção psicomotora. E, em terceiro lugar, tenciona-se a evolução do mestrando, para que este integre uma equipa, de uma forma inovadora implementando nas suas intervenções novos conhecimentos e práticas, que permitam o seu desenvolvimento no enquadramento profissional e científico da área (RACP, 2014).

O RACP apresenta também objetivos específicos inerentes ao aluno de mestrado, levando a que este adquira competências para a sua atividade profissional, facilitando, a sua inserção no mercado de trabalho. Assim, pretende-se desenvolver competências em três domínios: no domínio da **intervenção pedagógico-terapêutica**, compreende-se a “avaliação do desenvolvimento e estabelecimento do perfil intraindividual”, a “conceção, aplicação e avaliação de programas, e a “identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores da participação dos indivíduos nos contextos de vida significativos e elaboração das respetivas respostas” (RACP, 2014, p. 2 e 3); no domínio da **relação com outros profissionais** pretende-se que o mestrando participe nas equipas multidisciplinares de uma forma ativa, partilhando os seus conhecimentos, participação ao nível da “avaliação do desenvolvimento, do potencial de adaptação e do potencial de aprendizagem em equipa multidisciplinar” e na “conceção e desenvolvimento de planos e programas transdisciplinares, em cooperação com outros profissionais” (RACP, 2014, p.3); por último, no domínio da **relação com a comunidade** pretende-se que o mestrando se integre na comunidade, através do desenvolvimento de projetos, que promovam a interação entre os diferentes intervenientes, tais como, o indivíduo, família e técnicos, no que respeita a: “orientação e aconselhamento nas diferentes áreas de intervenção da psicomotricidade ao nível pessoal, familiar e comunitário, a observação e análise de conceção e dinamização de projetos, e a realização de eventos para divulgação das atividades do RCAP e dinamização da relação da instituição com a comunidade” (RACP, 2014, p.3).

Perante estes objetivos, torna-se relevante apresentar as competências a adquirir, especificamente na área de Funcionalidade e Qualidade de Vida: desenvolver metodologias e instrumentos específicos de avaliação para as diferentes situações de funcionalidade e de intervenção no âmbito da Qualidade de Vida (RACP, 2014).

O estágio desenvolveu-se na Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico, mais propriamente no Centro de Atividades Ocupacionais, com jovens adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais e Multideficiência, e no Lar, com gerontes. O estágio decorreu durante o ano letivo de 2014/2015, tendo-se iniciado a 15 de setembro de 2014 e terminado a 29 de maio de 2015.

Desta forma, o presente documento apresenta-se como resultado final desta etapa, pois expõe todas as atividades organizadas pela estagiária e respetivos

procedimentos, sendo que está organizado em quatro capítulos principais, os quais serão apresentados em seguida. O primeiro capítulo apresenta um enquadramento teórico detalhado, do qual consta a caracterização de toda a instituição onde a estagiária efetuou o estágio profissionalizante, seu historial e valências, bem como a caracterização da população apoiada pela estagiária. O segundo capítulo é constituído pela caracterização prática da intervenção psicomotora, ou seja, pela apresentação dos grupos com que a estagiária trabalhou, exposição dos seus horários, calendarização das atividades, e exposição dos objetivos, resultados e dificuldade do processo de intervenção. O terceiro capítulo expõe os três estudos de caso apoiados pela estagiária, onde são apresentados detalhadamente, tal como a planificação, intervenção e avaliação efetuada pela estagiária. Por fim, no quarto capítulo são expostas todas as conclusões e reflexões pessoais referentes ao processo de estágio, onde foram adquiridas novas aprendizagens e competências pessoais e profissionais.

CAPITULO 1 – Enquadramento Teórico e Institucional

1.1. Caracterização da Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico

O Estágio pressupõe que o aluno acompanhe o funcionamento diário de uma instituição, incorporando a sua equipa de trabalho, pelo que será apresentada, em seguida, o local onde se desenrolou todo o estágio: a Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico e as suas dinâmicas institucionais.

1.1.1. Historial

A Santa Casa da Misericórdia da Madalena (SCMM), primeiramente conhecida por Irmandade da Misericórdia da Madalena é uma Associação de Fiéis, reconhecida como Instituição Particular de Solidariedade Social (SCMM, s.d). A 22 de novembro de 1955, através da dedicação de Maria e António Pinheiro, cidadãos ilustres da ilha do Faial, foi fundada a Santa Casa da Misericórdia da Madalena e a 1 de agosto de 1987 concluiu-se a obra, iniciando-se a prestação de cuidados e serviços de bem-estar aos grupos mais desfavorecidos da sociedade picoense. Esta instituição, desde o início do seu percurso, tem evidenciado uma grande cooperação com várias entidades em busca da melhoria da condição de vida das pessoas com mais dificuldades e necessidades, sendo que ao longo dos anos o seu crescimento é notório, pois a grande quantidade de valências existentes assim o comprova (SCMM, s.d). Desta forma, a Instituição está sediada na ilha do Pico, mais especificamente no Concelho da Madalena, bem como todas as suas valências.



Figura 1 e 2 – Centro de Atividades Ocupacionais e Ilha do Pico

1.1.2. Missão, Visão, Valores, Política da Qualidade

Assim sendo, há que referir a missão, visão e valores da SCMM, pois é através destas três orientações que a presente instituição delinea as suas metas e objetivos. A sua **missão** é receber, apoiar e garantir os direitos e necessidades de crianças, jovens, pessoas idosas e comunidade envolvente, através de serviços estabelecidos com base nos princípios da qualidade, equidade e responsabilidade social. Por sua vez, a **visão** da instituição fundamenta-se numa melhoria contínua das suas práticas e na elevação da qualidade de serviços prestados (SCMM, s.d).

Os **valores** da SCMM integram: a *Solidariedade*, prestar auxílio ao outro, partilha e ajuda; a *Ética*, determinar todas as ações profissionais e pessoais de cada indivíduo corretamente; a *Responsabilidade Social*, promover o bem-estar de todos os clientes inerentes à SCMM; a *Dignidade Humana*, valorizar a toda e qualquer pessoa, respeitando as suas ideologias; a *Honestidade*, agir em conformidade com a verdade, seriedade e probidade; a *Dedicação*, ato de devoção e entrega, não desrespeitando e lesando o outro; a *Confiança*, estimular a convicção e segurança do valor próprio e em relação aos demais, cabe à SCMM ser uma instituição confiável para os seus clientes

e para a sociedade; a *Qualidade*, fornecer serviços adequados à população-alvo, bem como estabilidade a todos os clientes; e o *Trabalho em Equipa*, contempla um grupo multidisciplinar de profissionais que em conjunto com os diversos clientes, de uma forma individualizada ou em grupo, trabalham para atingir um objetivo ou meta em comum (SCMM, s.d).

A **política da qualidade** da SCMM prende-se com a satisfação das necessidades dos seus clientes, comprometendo-se a: “cumprir os requisitos da Norma NP EN ISSO 9001:2008, bem como os requisitos legais regulamentares aplicáveis ao setor; responder melhor às solicitações e requisitos dos clientes; garantir a satisfação dos clientes, através do cumprimento dos requisitos acordados, da excelência do serviço prestado e do produto fornecido; garantir a satisfação dos clientes, através dos requisitos acordados, da excelência do serviço prestado e do produto fornecido; promover a melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade, de forma a assegurar a satisfação dos clientes, dos colaboradores e de outras partes interessadas; e motivar e incentivar os colaboradores a participar na manutenção e na melhoria constante do Sistema de Gestão da Qualidade” (SCMM, 2013, p.3). Todavia, torna significativo referir que a SCMM, ainda não é uma instituição certificada, encontrando-se, neste momento a trabalhar na Gestão da Qualidade a fim de obter o certificado.

A SCMM subdivide-se em várias **valências**, destinadas a diferentes grupos populacionais, interesses e necessidades individuais (SCMM, s.d.):

- **Lar para gerontes:** primeira valência a entrar em funcionamento, e inaugurada a 1 de agosto de 1987, procura dar o máximo de apoios orientados para os seus clientes; todo o trabalho desenvolvido está direcionado para a proteção dos gerontes, oferecendo-lhes apoio nas necessidades básicas como: alojamento coletivo, alimentação, vestuário, higiene pessoal, conforto, animação social e cuidados de saúde;
- **Serviço de Apoio Domiciliário:** inaugurado em 1989, abrange atualmente, seis freguesias do concelho da Madalena, e consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados a pessoas e famílias, sobretudo gerontes que, por motivos de doença, dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID) ou outros impedimentos, não possam assegurar a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária. Este serviço dispõe de confeção e distribuição de refeições, higiene pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupa, marcação e acompanhamento a consultas e serviço de TeleAlarme;
- **Ginásio/ Health Club:** fundado a 6 de fevereiro de 2006, disponibiliza os serviços de Ginásio, Piscina, Natação para crianças, Hidroginástica para gerontes, Hidroterapia adaptada, Sauna/ Banho Turco, Massagem, Hidromassagem e Consultas de Nutrição;
- **Universidade Sénior:** criada em 2008, destina-se a pessoas com idade superior a 55 anos e a sua formação contempla 13 áreas distintas, lecionadas por formadores voluntários; com efeito, os objetivos desta valência incorporam a valorização e ampliação de conhecimentos, a divulgação e preservação da história e cultura típica picarota e açoriana, a criação de momentos de interação social na comunidade, a estimulação de um envelhecimento ativo e, por fim, o combate ao isolamento;
- **Centro de Apoio à Criança e Centro Ocupacional:** foi inaugurada no ano de 1994 e engloba três grupos: a Creche, o Jardim de Infância e as Atividades de Tempos livres (ATL) e o seu objetivo é a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das crianças, nas diversas áreas: cognitiva, social, afetiva e motora; e

- **Centro de Atividades Ocupacionais (CAO):** destina-se a pessoas com DID, promovendo a sua integração social ativa, e assegurando o seu equilíbrio físico e psicológico.

O Estágio) foi realizado essencialmente, no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) da Madalena do Pico, com uma frequência diária, e no Lar para gerontes, com uma frequência reduzida, uma vez por semana, durante a manhã. Por esta razão o CAO será apresentado de forma mais minuciosa de seguida.

1.1.3. Centro de Atividades Ocupacionais da Madalena do Pico

O CAO é uma valência da SCMM, sita em Madalena, da Freguesia de Madalena, do Concelho de Madalena. Orienta-se pelo seu regulamento interno específico e em termos de legislação, pelo Decreto-Lei nº18/89 de 11 de Janeiro de 1989, tendo como objetivos “acolher pessoas com deficiência, com idade igual ou superior a dezasseis anos, promover a sua autonomia, o seu equilíbrio emocional e social, bem como favorecer a aquisição de comportamentos de disciplina e de responsabilidade e desenvolver atividades socialmente úteis e ocupacionais” (SCMM, 2014, p.2).

Assim, através de todas as atividades proporcionadas, o CAO pretende a valorização pessoal dos clientes, bem como a maximização das suas capacidades e a estimulação das suas dificuldades. Com isto, esta valência visa a integração no regime de trabalho protegido, se possível, e a sua integração em toda a dinâmica do CAO (SCMM, 2014).

A admissão dos clientes é discutida entre a Mesa Administrativa da SCMM, em concomitância com o juízo da Diretora Técnica do CAO, e colaboração da Equipa Técnica. Assim, aos interessados é disponibilizada uma reunião individualizada e para ser admitido o cliente deve: ter idade igual ou superior a 16 anos; ter DID que não permita o seu enquadramento no emprego protegido ou no mercado normal de emprego; ou impossibilidade temporária ou definitiva para a execução de uma atividade laboral; e ordem de inscrição (SCMM, 2014, p.4).

O CAO apresenta um conjunto de respostas sociais, dirigidas aos seus clientes, em que se desenvolvem atividades socialmente úteis, de forma a facilitar a transição para a vida ativa perspetivando a sua integração socioprofissional (SCMM, 2014):

- **Atividades Ocupacionais**, as quais se dividem em seis espaços distintos: a *Oficina de Carpintaria*, na qual se executam trabalhos em madeira e onde se aprende um ofício específico, articulando diversos trabalhos com os restantes espaços de trabalho; a *Oficina de Artes e Decoração*, na qual se executam trabalhos manuais, tais como lixar madeira, preparando-a para ser utilizada na Oficina de Carpintaria, pintura de diversos objetos, recorte de tecidos para posterior execução de bolsas, costura, bordados, decoração de garrafas, entre outros; o *Atelier de Beleza*, onde se trabalham todos os cuidados de higiene pessoal e tratamentos de beleza; a *Cozinha de Treino* na qual são desenvolvidas competências da vida diária, tais como cozinhar, colocar e levantar a mesa, lavar a loiça, funcionar com diversos eletrodomésticos de forma adequada e em segurança, entre outros; também, se confeccionam diversos produtos destinados a venda e para consumo interno do CAO; a *Sala Ecológica*, que elabora distintos trabalhos propostos por entidades locais e pela instituição em que se reutiliza todo o tipo de materiais, produzindo também vários itens necessários para os produtos elaborados na oficina de arte e decoração, na carpintaria e na cozinha de treino; por último, e o mais recente espaço, a *Lavandaria*, onde se faz a aprendizagem de trabalhos domésticos, tais como limpar, varrer, lavar, aspirar, distinguir roupa suja de roupa lavada, agrupá-la por cores, colocá-la a lavar, secar e dobrar, entre outros trabalhos necessários; importa salientar, que cada cliente tem a oportunidade de escolher a atividade ocupacional de acordo com a sua

preferência e em concordância com a equipa técnica, indo ao encontro das suas necessidades e expectativas;

A referir ainda três pontos importantes: 1) que as oficinas de arte e decoração, carpintaria e cozinha de treino articulam entre si, e tem um objetivo em comum, ou seja, a criação de produtos para posterior venda em exposições; 2) que o atelier de beleza articula com o Lar para gerontes, com a finalidade dos clientes do CAO prestarem alguns serviços de estética aos gerontes; e 3), que a cozinha de treino confeciona uma grande variedade de produtos para posterior venda no bar do Lar para gerontes e no Bar do Centro de Saúde da Madalena do Pico, geridos e explorados exclusivamente pelo CAO, nos quais os clientes que colaboram na cozinha de treino ajudam nas vendas;

- **Apoio Técnico**, representado por diversas áreas, tais como, a Reabilitação Psicomotora, Atividade Motora Adaptada (Atletismo de Competição, Exploração da Natureza, Hidroterapia e Natação Adaptada e Ginásio), Terapia da Fala, Snoezelen, Apoio Sensório-Motor, Psicologia, Alfabetização, Multimédia, Nutrição e Serviço Social, que formam um conjunto de intervenções técnico-terapêuticas individuais e/ou grupais;
- **Atividades Lúdico-Terapêuticas**, como o Desenvolvimento Pessoal e Social, Ateliê de Expressão Dramática, Dança e Folclore, de caráter formativo, cultural, social, festivo e recreativo;
- **Treino Social**, conjunto de atividades que compreendem idas ao supermercado e outros locais de comércio, com o intuito de aprender a identificar diversos produtos e executar o seu pagamento. As vendas no bar e em exposições também estão incluídas neste item; e
- **Atividades de promoção de saúde e higiene**, ou seja, ações de sensibilização com as Enfermeiras da Misericórdia (e.g.: escovar os dentes adequadamente), e com a Nutricionista (e.g.: higiene e segurança na cozinha de treino e sessões de educação alimentar) para os clientes e seus familiares.

O CAO tem um funcionamento de segunda a sexta-feira das oito às dezassete horas, encerrando aos feriados nacionais, municipais e/ou tolerâncias de ponto. Esta valência, em parceria com as restantes Misericórdias do Pico, assegura o transporte de vinda para o CAO e ida para casa, dado os clientes serem de vários locais da ilha, possuindo duas carrinhas adaptadas para o transporte de pessoas em cadeira de rodas. Também é fornecida alimentação, composta por três refeições, merenda da manhã, almoço (confecionado na cozinha da Misericórdia) e merenda da tarde, sendo que alguns alimentos são confecionados no CAO, destacando-se a refeição/almoço de uma cliente que deve cumprir dieta bastante rigorosa e a merenda da tarde (SCMM, 2014).

O grupo de colaboradores do CAO é distribuído segundo o seguinte organograma: Diretora Técnica Carla Tomás, licenciada em Educação Especial e Reabilitação; Subdiretora Susana Medeiros, licenciada em Nutrição; Equipa Técnica, composta por técnicos de Educação Especial e Reabilitação, Terapia da Fala, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Informática, Dança e Alfabetização; e Equipa não-técnica, composta por ajudantes de reabilitação e auxiliar de serviços gerais (SCMM, 2014).

Periodicamente são realizadas reuniões com os tutores ou representantes legais dos clientes do CAO, reuniões técnicas semanais e reuniões gerais mensais, de forma a atingir um harmonioso funcionamento desta valência, resolver problemas existentes, abordar dinâmicas e tratar de todos os assuntos associados ao CAO (SCMM, 2014).

Relativamente ao Plano de Atividades, este é reformulado anualmente, sendo que nele constam festas anuais, atividades de verão, atividades em parceria com outras valências da Santa Casa da Misericórdia da Madalena, atividades ligadas a outros centros similares e promoção de vendas em eventos locais (SCMM, 2014).

O CAO é a valência pertencente à SCMM do Pico que dá resposta a jovens e adultos com DID e multideficiência em toda a ilha. Neste momento apoia diariamente 27 indivíduos e 1 a regime parcial, 16 do género masculino e 12 do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos. De entre os diagnósticos apresentados, a DID é a condição mais evidenciada, sendo que está associada à Trissomia 21, problemas de saúde mental, problemas comportamentais e multideficiência. Desta forma, encontram-se duplos diagnósticos e, em alguns casos, diagnósticos pouco precisos e claros na sua informação.

1.2. Caracterização da População Alvo

Consequentemente, de seguida será apresentada uma breve revisão da literatura sobre as principais características das diferentes perturbações apresentadas pelos clientes do CAO, bem como uma pequena exposição sobre o processo de envelhecimento, devido ao facto da estagiária também ter acompanhado alguns gerontes pertencentes ao Lar da SCMM.

1.2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

1.2.1.1. Definição

Ao longo de várias décadas de investigação científica à volta dos termos “deficiência”, “atraso mental” e “deficiência mental”, vários pesquisadores chegaram à conclusão que o termo “Intellectual and Developmental Disability” (Tassé, 2013), traduzido para português como Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental seria o mais específico, universal e científico a utilizar (Santos & Morato, 2007; Santos & Morato, 2012b). Esta mudança ocorreu devido aos termos anteriores serem estigmatizantes e imputarem alguma descredibilização aos indivíduos com DID, assumindo-se a necessidade de processos atuais e contextualizados em várias áreas como a saúde, educação e a segurança social (Santos & Morato, 2012b).

A própria Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar de ainda utilizar termos como “*incapacidade*”, “*anormalidade*” e “*deficiência*” para nomear a DID na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF – OMS, 2004), referindo que se caracteriza por “*problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda*”, assume que os mesmos se encontram numa fase de re-avaliação, dado o seu carácter estigmatizante (OMS, 2004, p.13). Contrariamente a esta visão, Diniz, Medeiros & Squinca (2007), destacam que a DID não deve ser vista como um corpo com lesões, mas sim como um indivíduo contextualizado num ambiente que o oprime e segrega, destacando as suas vivências sociológicas e não um diagnóstico biomédico sobre anomalias.

Devido à necessidade de um termo culturalmente transcendente e abrangente, Luckasson & Reeve (2001), debruçaram-se sobre os fatores a ter em conta nessa mesma seleção devendo ser: **específico**, diferenciando-se de outras entidades, facilitando a sua utilização entre diversas áreas e sociedades, **consistente**, simplificando a sua incorporação em diferentes grupos (família, escola, amigos, terapeutas), **adequado** representando o conhecimento atual e os avanços científicos futuros; e **robusto**, integrando diferentes objetivos como a sua definição, classificação, diagnóstico e sistema de apoios e deve destacar um grupo de indivíduos com características e valores semelhantes.

A nova terminologia vai ao encontro do modelo biopsicossocial assente no contexto socioecológico, às práticas profissionais funcionais e contextualizadas onde se releva a qualidade de interação entre o sujeito e o envolvimento, destacando a necessidade de apoios para melhorar o funcionamento independente (Schalock et al., 2007; Luckasson & Schalock, 2013a).

A mais recente definição de DID (Schalock et al., 2010), refere então que é caracterizada por um funcionamento cognitivo (2 desvios-padrão) abaixo da média, a coexistir em simultâneo com limitações adaptativas (2 desvios-padrão abaixo da média), que se expressam nas habilidades conceptuais, práticas e sociais e que se manifesta até aos 18 anos de idade. A APA (2013), partilha os mesmos critérios de diagnóstico de DID realçando: várias dificuldades nas funções intelectuais (raciocínio lógico, resolução de problemas, pensamento abstrato e julgamento), as dificuldades adaptativas ao nível sociocultural, de independência e responsabilidade social com impacto nas atividades de vida diária que devem ser observadas até aos 18 anos.

A DID classifica-se por níveis de severidade definidos de acordo com o funcionamento adaptativo, e não pela pontuação exclusiva do seu QI e que se subdividem em (APA, 2013):

- **Leve** – com dificuldades no que respeita às habilidades académicas, necessitando de alguns apoios; ao nível social denotam-se algumas dificuldades na regulação comportamental e no domínio prático são imprescindíveis apoios dirigidos à tomada de decisões, saúde, habilidade profissional, entre outros;
- **Moderado** – com dificuldades visíveis nas habilidades académicas, na linguagem e na perceção de questões temporais e numéricas; no domínio social existem dificuldades no ajustamento do comportamento, embora mantenham relações ao longo da sua vida, não se observando grandes dificuldades nas tarefas do dia-a-dia;
- **Severo** – os sujeitos apresentam capacidades conceptuais reduzidas, com grandes dificuldades sociais e de comunicação, necessitando, a nível prático, de uma rede de apoios e de supervisão constante; e,
- **Profundo** – caracterizado por habilidades sociais extremamente reduzidas, com uma rede social restrita à família e terapeutas, estando dependentes de terceiros na maioria das tarefas.

Por outro lado, e no contexto do paradigma dos apoios - definidos como recursos ou estratégias que permitem melhorar o funcionamento global de cada indivíduo, surge uma nova classificação com impacto positivo nas práticas profissionais no campo da DID. De acordo com este novo paradigma, cada indivíduo apresenta necessidades específicas, sendo que diferem em termos quantitativos e qualitativos (Thompson et al., 2009). Para estes autores existem diferentes tipos de apoio, consoante o seu tipo, duração e frequência:

- **Apoios Intermitentes:** de natureza esporádica, o indivíduo não necessita sempre do apoio, e ocorrem geralmente em períodos de transição no ciclo de vida do sujeito ou em períodos críticos, como perder o emprego ou ter algum problema de saúde. Podem ser de alta ou baixa intensidade;
- **Apoios Limitados:** com alguma consistência ao longo do tempo, de natureza contínua (e.g.: transição para a vida ativa); exigem um menor número de intervenientes e menores custos financeiros do que os apoios seguintes;
- **Apoios Extensivos:** com envolvimento regular, ocorrem diariamente em diversos contextos (trabalho, escola, centro ocupacional ou casa) e não tem um tempo de aplicação definido; e

- **Apoios Permanentes:** caracterizados pela sua regularidade, de alta intensidade, necessários em todos os contextos, são mais intrusivos do que os apoios extensivos e podem estar presentes durante toda a vida do indivíduo.

As necessidades de apoio referem-se ao padrão e intensidade de apoio que o indivíduo precisa para ser funcional, baseando-se na coerência entre as capacidades individuais e o ambiente (Schalock & Luckasson, 2004; Thompson et al., 2009). Esta coerência engloba inúmeros fatores que demonstram o desempenho humano, a determinação do perfil de intensidade e os apoios específicos que o indivíduo necessita para a participação social (Thompson et al., 2009).

De acordo com Schalock et al., (2010), a definição de DID é acompanhada por cinco premissas que deverão ser consideradas ao longo de qualquer processo de avaliação-intervenção: 1) o contexto do indivíduo é sempre relevante; 2) a avaliação para ser significativa deve ter em conta a diversidade individual ao nível sensoriomotor, comportamental e de comunicação; 3) todos os indivíduos (com e sem DID) apresentam áreas fortes e limitações; 4) a descrição das limitações do sujeito não é suficiente para descrever as suas necessidades de apoio, é imprescindível a sua especificação para que haja progressos no funcionamento do indivíduo; e 5) uma adequada rede de apoios, pode prover uma maximização das capacidades individuais.

A partir dos anos 60, foi definida uma estrutura para o CA, o mais recente critério de diagnóstico, identificando seis elementos comuns para a sua definição: a aprendizagem e o desempenho de habilidades necessárias para enfrentar com sucesso as expectativas da sociedade, mediante a idade e a cultura, o funcionamento individual relativamente às suas necessidades físicas e à sua participação na comunidade, a capacidade do sujeito de se relacionar com os seus pares e a natureza do comportamento adaptativo, refletido através do comportamento típico do sujeito, contrariamente à avaliação do QI (Tassé et al., 2012).

O CA é multidimensional e expressa-se nas habilidades: **conceptuais:** linguagem, leitura e escrita, conceitos numéricos, económicos e de tempo; **sociais:** habilidades interpessoais, responsabilidade social, autoestima, credulidade, resolução de problemas e o cumprimento de regras e leis, e **práticas:** na realização das atividades do dia-a-dia, na gestão e aplicação das habilidades sociais, a utilização de dinheiro, direitos, saúde e segurança, utilização de transportes, entre outras (Schalock et al., 2010).

Para Tassé et al., (2012) a avaliação do CA é fundamental, permitindo uma melhor compreensão do diagnóstico e das suas necessidades, contribuindo, assim, para uma intervenção eficaz e individualizada. Além disso, Schalock et al. (2010), ao longo de várias pesquisas expõem a relevância do comportamento adaptativo e a sua importância para o diagnóstico da DID.

Ao longo de todo o documento, assume-se a definição de CA de Santos & Morato (2012a, p. 28): *“conjunto de habilidades aprendidas ou adquiridas para desempenhar com sucesso aspetos e tarefas, no âmbito da independência, responsabilidade pessoal e social, que através de ajustamentos vários procura a adaptação às expectativas socioculturais e etárias vigentes, e que implicam o assumir do papel de membro ativo na comunidade onde o indivíduo se insere”*.

Associado a este constructo, encontramos também o termo “funcionalidade” que concorre para a qualidade da interação e participação nas atividades expectáveis para qualquer indivíduo (Santos e Morato, 2012b) e que implica que o sujeito adote e adquira competências funcionais de acordo com o seu escalão etário e os valores socioculturais vigentes.

Posteriormente à caracterização da DID torna-se relevante abordar a sua origem, bem como as suas causas e características inerentes às pessoas diagnosticadas com esta patologia.

1.2.1.2. Etiologia e Fatores Causais da DID

O conhecimento da causa de uma determinada perturbação é fundamental para a sua compreensão e provisão de apoios mais adequada (Harris, 2010), e a etiologia da DID é conceptualizada como um constructo multifatorial composto por quatro grupos de fatores de risco que interagem ao longo do tempo, no espectro de vida do indivíduo e ao longo das suas gerações (Schalock et al., 2010):

- **fatores biomédicos** que envolvem os processos biológicos do organismo (e.g.: problemas genéticos e malnutrição);
- **fatores sociais** que representam a interação do indivíduo com a sua família e sociedade, através da responsabilidade pessoal, capacidade resposta e estimulação por parte da família e recursos;
- **fatores comportamentais** negativos e perigosos, potencializados pelo contacto com adultos que os pratiquem (e.g.: abandono e negligência, abuso de substâncias, psicológicos, físicos, entre outros); e
- **fatores educacionais** referentes à avaliação dos suportes educacionais que promovem o desenvolvimento adaptativo do indivíduo.

Estes fatores causais no tempo podem estar presentes em várias gerações, originando-se num período pré, peri ou pós-natal (Schalock et al., 2010).

De forma a compreender melhor a população-alvo com a qual se desenvolveu o estágio, importa agora salientar as características inerentes ao diagnóstico de DID, do ponto de vista da revisão da literatura para posteriormente (e já na fase relativa à metodologia se proceder à correlação com os casos com que a estagiária desenvolveu a sua atividade).

1.2.1.3. Caracterização da Pessoa com DID

Antes de se proceder à planificação e intervenção com o sujeito com DID, é importante que o técnico conheça o nível de desenvolvimento psicomotor do mesmo dentro de uma vasta heterogeneidade de características intrínsecas a esta patologia, destacando a individualidade ecológica de cada sujeito, e a não existência de todo um espectro de características em todos os indivíduos (Santos & Morato, 2007).

As capacidades cognitivas são afetadas pelas **disfunções de processamento da informação** e desequilíbrios no processamento automático, provocando feedbacks inadequados (Fonseca, 1995). Ao nível das capacidades cognitivas, Santos & Morato (2012a), apontam também dificuldades nas áreas da motivação, memória, concentração e tratamento da informação. Outros autores (e.g.: Burack, Hodapp & Zigler, 1998; Schalock et al., 2012; WHO, 2007), referem as limitações ao nível das capacidades concetuais como imaturidade ou dificuldades na planificação e raciocínio abstrato o que interfere com a resolução de problemas, memória, atenção, decisão e generalização e autorregulação comportamental e emocional, entre outros.

As limitações de integração sensorial (Santos e Morato, 2012a), os problemas visuais e auditivos (Harris, 2010) conjugados com limitações ao nível da atenção contribuem para a lentidão das respostas motoras (Santos e Morato, 2012a). Na ação motora o indivíduo também apresenta algumas limitações (Santos e Morato, 2007), devido à inativação dos sistemas de referência e conseqüente desintegração cortical,

pelo que “a *experiência motora, deixa de estar representada mentalmente*” (Fonseca 1995, p.133). Devido ao facto de os circuitos de feedback serem lentos, a informação chega tardiamente ao recetor da ação, provocando respostas reduzidas e passivas à tarefa. A **planificação e execução da tarefa estão comprometidas** pelos défices operacionais nos sistemas retículo-córtico-reticulares, i.e., devido ao desconhecimento das interações do ato motor, ocorrem comprometimentos nas funções motivacionais que posteriormente afetam a representação do corpo e a sua interação com o meio envolvente (Fonseca, 1995). A esta dificuldade em planificar o ato motor dá-se o nome de **dispraxia** (Fonseca, 1995).

Os fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal e praxias) estão menos disponíveis para o processamento de informação pelo indivíduo, denotando-se uma disfunção sistémica dos fatores (Fonseca, 1995; Santos & Morato, 2007), pelo que de uma forma geral, os fatores psicomotores se encontram afetados desde a tonicidade (e.g.: hipotonia característica da trissomia 21) até às praxias (Fonseca, 1995). Consequentemente, as dificuldades de expressão e processamento traduzem-se numa execução de tarefas menos precisas e lentas (Santos & Morato, 2007), ao que se dá o nome de dismetrias, dissincronias e dispraxias (Fonseca, 1995). Assim, as pessoas com DID são, muitas vezes caracterizadas por estados de tonicidade hipo e hipertónicos, dependendo de um funcionamento cortical e não apenas postural (Fonseca, 1995), que se traduz numa capacidade de resposta e/ou motora lenta (Santos e Morato, 2012a). Santos e Morato (2007), referem ainda que as capacidades sensoriomotoras parecem ser adquiridas mais tardiamente.

Segundo Fonseca (1995), a resolução psicomotora é uma dificuldade inerente à DID (inércia psicomotora), pois denotam-se algumas limitações no que respeita à resolução de tarefas às quais o indivíduo não esteja familiarizado, evidenciando problemas nas componentes decisão. Deste modo, as capacidades psicomotoras necessárias à resolução de um determinado problema estão comprometidas, provocando no indivíduo a limitação de criação de estratégias que restrinjam a informação relevante à solução do problema imergente, comprometendo a sua performance (Fonseca, 1995).

De referir que muitos dos indivíduos com DID apresentam baixos níveis de autonomia, devido às suas limitações e dificuldades de execução de tarefas do dia-a-dia (Santos et al., 2010). No entanto, se essas tarefas forem estimuladas e praticadas sequencialmente, pode-se atingir níveis de autonomia superiores, assumindo novas capacidades cognitivas e revogando a superproteção descomedida, muitas vezes causada pela família (Santos & Morato, 2012a).

Por outro lado, conteúdos relacionados com os números e o tempo denotam que se repercutem em atividades de vida diária, acontecendo algo idêntico no que concerne às atividades domésticas (Santos & Morato, 2012c). Os mesmos autores apontam a superproteção como uma das principais barreiras para a aprendizagem de novas competências. O conjunto de características apresentadas irão ter um impacto na transição para a vida ativa e para o emprego, para uma vida independente e na interação diária na comunidade (Woolf et al., 2010), com consequências ao nível da qualidade de vida e satisfação pessoal (Schalock et al., 2010), sendo considerados como menos produtivos (Burack et al., 1998; Santos & Morato, 2012c).

A nível social, denotam-se alguns comportamentos desajustados, devido à dificuldade de compreensão e aplicação da regra social acrescido às limitações no reconhecimento das expressões faciais, baixa resistência à frustração (Santos & Morato, 2002), com menores índices de responsabilidade (Santos & Morato, 2012c) e instabilidade emocional (Burack et al., 1998; Schalock et al., 2012) constituindo um grupo vulnerável do ponto de vista social (Santos et al., 2010). Harris (2010),

acrescenta ainda as limitações de inibição com tendências para comportamentos impulsivos, autoabusivos, estereotipados e agressivos. Santos & Morato (2012a), referem que os indivíduos com DID apresentam um desfasamento comportamental, pois apresentam comportamentos desajustados com frequência, mudanças bruscas de humor, instabilidades emocionais, não reconhecimento das suas limitações, condutas desajustadas, entre outros (Sartawi, AlMuhairy & Abdal, 2011). Por esta razão, e por toda a caracterização anteriormente referida, as pessoas com DID apresentam uma elevada tendência ao isolamento e à rejeição social, comprometendo a sua socialização e integração no meio envolvente, tornando esta população mais suscetível a alterações emocionais (Santos & Morato 2012a).

No âmbito da comunicação também são constatáveis as dificuldades na linguagem verbal perceptíveis no discurso pouco articulado, com limitações fonológicas e de imitação vocal, com um vocabulário pobre e desorganizado (Burack et al., 1998; Jacobson, Mullick e Rojahn, 2007; Santos & Morato, 2012c; Sartawi et al., 2011).

Importa agora correlacionar as características evidenciadas anteriormente, com os clientes do CAO da SCMM. Desta forma, e de um modo generalizado, a maioria das características expostas anteriormente são visíveis nos clientes com os quais a estagiária interveio e contactou ao longo do estágio profissionalizante.

Ao nível das competências cognitivas são notórias grandes dificuldades no processamento no que respeita às capacidades concetuais (e.g.: leitura, escrita, etc...), planeamento, raciocínio, motivação, memória, atenção, capacidade simbólica, capacidade de decisão, comunicação, regulação comportamental e emocional. Deste modo, todo o funcionamento diário destes indivíduos pode estar comprometido existindo uma grande necessidade de estratégias, apoios e aprendizagens de forma a ganhar autonomia.

No que respeita ao domínio psicomotor denotam-se dificuldades de integração social e disfunções sistémicas nos fatores psicomotores, o que conseqüentemente causa lentidão das respostas motoras, comprometendo a planificação e execução das tarefas, verificando-se dismetrias, dissincronias e dispraxias, dificuldades de regulação do tónus muscular, no equilíbrio estático e dinâmico, de coordenação global de movimentos, no controlo postural e locomoção, limitações ao nível temporal e espacial, noções corporais, lateralização e no processamento tátil e quinestésico.

Relativamente ao desenvolvimento social, os clientes demonstraram alguma instabilidade emocional, baixa resistência à frustração, dificuldade em perceber as expressões faciais do outro, bem como o teor de ma conversa, que leva a problemas de compreensão, baixa autoestima, inibições sociais, desmotivação, dificuldade de controlo de comportamentos desajustados, falta de persistência, e menor capacidade de autonomia, de integração no meio e de ajuste social. O domínio social tem um grande peso na vida diária destes indivíduos, pois determina a forma como atuam em diversos contextos e grupos sociais, no CAO foram evidentes diversos conflitos entre colegas, episódios de frustração devido a diversas variantes e comportamentos desadequados perante situações problema.

De referir ainda o domínio comportamental, agregado ao domínio social, no qual se englobam as características apresentadas anteriormente e que conseqüentemente levam a uma tendência para o isolamento e à rejeição social, aspeto bastante evidenciado por alguns clientes. Por último, em situações pontuais, são visíveis episódios com comportamentos violentos, desafiantes, linguagem hostil e agressiva, bem como manifestações depressivas e de ansiedade, que são controladas através do apoio verbal e medicação.

De seguida irá proceder-se à exposição de conceitos sobre a Trissomia 21, dada a sua prevalência na população com a qual a estagiária interveio.

1.2.2. Trissomia 21

A presença total ou parcial de um cromossoma adicional nas células do organismo ou por alterações no par cromossômico 21, pela troca de partes com outro cromossoma ou outro par de cromossomas é a condição característica das alterações da Trissomia 21 (Gardiner et al., 2010; Martínez & García, 2008; Mérgarbané et al., 2009; Morato, 1995). Esta tem uma prevalência de 1 caso patológico em cada 700 nascimentos, e uma grande variabilidade fenotípica provocada por diferentes genes, que devido à sua multiplicação provocam a existência de outros genes no mesmo cromossoma, ocorrendo uma microduplicação no cromossoma 21 processo de metáfase (Gardiner et al., 2010; Martínez & García, 2008; Mérgarbané et al., 2009; Morato, 1995).

A anomalia no cromossoma 21, normalmente, ocorre durante a primeira divisão meiótica e pode resultar da idade avançada da progenitora, de fatores hereditários, existência de antecedentes familiares, da codificação genéticas dos pais e de outros fatores, tais como, a exposição a químicos, doenças contagiosas e problemas de tiróide (Mérgarbané et al., 2009).

A etiologia genética da T21 é um processo complexo (Grouios e Ypsilanti, 2011) e vários autores (Antonarakis et al., 2004; Hultén et al., 2008; Lovering & Percy, 2009; Morato, 1995), referem que a T21 apresenta uma organização cromossômica específica que varia em três tipos: Trissomia 21 regular, na qual o par 21 apresenta um cromossoma adicional em todas as células, causada pelo facto de um cromossoma não se separar no processo de meiose; Translocação, quando de verifica a troca de parte de um cromossoma do par 21 com outro cromossoma, nomeadamente dos pares, 13, 14, 15, 22, sendo a troca mais frequente com o par 14; e Mosaicismo, presença de parte extra do cromossoma 21 em apenas algumas das suas células.

De acordo com a variabilidade fenotípica referida anteriormente (Lott & Dierssen, 2010), evidenciam-se na maioria dos indivíduos problemas cardíacos, cataratas, dificuldades intelectuais, malformações físicas (e.g.: cerebrais), linguagem/vocabulário reduzido, hipotonia, problemas respiratórios, visuais e auditivos, alterações hormonais, epilepsia e aparecimento da Demência de Alzheimer (Gardiner et al., 2010; Lott & Dierssen, 2010; Martínez & García, 2008; Mérgarbané et al., 2009). A nível físico, de uma forma geral, os indivíduos com T21 apresentam baixa estatura, tendência para a obesidade (Abellán e Vicente, 2002; Roizen e Patterson, 2003), braquicefalia (achatamento da região occipital do crânio), hipoplasia da região mediana da face, fendas palpebrais oblíquas, pregas em torno dos olhos, base nasal achatada - Lott e Dierssen, 2010), cavidade bucal pequena para a língua, encurtamento do 5º dedo (clinodactília) e dedos pequenos, diminuição do tônus (Fidler, Hepburn e Rogers, 2006; Roizen & Paterson, 2003), entre outros. Este conjunto de características vai influenciar a comunicação, nomeadamente ao nível da articulação do discurso e sua fluência (Kumin, 2004).

Por sua vez as dificuldades de desenvolvimento motor estão relacionadas com o tônus excessivamente hipotónico, reduzida força muscular, hiperextensibilidade de ligamentos e abdução dos membros superiores condicionado uma postura adequada e a coordenação de vários movimentos do dia-a-dia (Martínez & García, 2008; Lott, 2013). No que reporta às características psicomotoras, Matinéz & García, (2008), destacam dificuldades ao nível do equilíbrio estático e dinâmico, processamento de informação interna e externa, motricidade fina e global, problemas visuais, e dificuldades na concretização de ações/tarefas motoras. A lateralização é caracterizada por ser atípica e associada a outras alterações interferem com a organização perceptiva (Abellán e Vicente, 2002; Grouios e Ypsilanti, 2011) e com um tratamento e processamento de informação mais lentos (Dressler et al., 2010; Fidler et al., 2006; Lott e Dierssen, 2010; Martínez e García, 2008). Os padrões de marcha

atípicos (e.g. passos rápidos e arritmados; assincronia de movimentos entre membros inferiores e superiores) são também visíveis (Abellán e Vicente, 2002).

As dificuldades cognitivas inerentes à T21, são evidenciadas por habilidades linguísticas limitadas, tais como na construção do diálogo e na dicção, problemas de memorização, tanto a curto com a longo prazo, e no processamento da informação (Lott & Dierssen, 2010). As limitações cognitivas apresentadas anteriormente também se manifestam ao nível das pessoas com T21 como as limitações no pensamento abstrato e generalização, memória (Grouios e Ysilanti, 2011; Lott & Dierssen, 2011), entre outras. A socialização é uma das áreas fortes apontadas na literatura (Abellán e Vicente, 2002; Fidler, Most e Philofsky, 2008).

A presença de convulsões nesta população dá-se devido a ataques de epilepsia que podem ser controlados com medicação, e que ocorrem devido às deformidades cerebrais, incluindo a inibição de neurónios e displasia cortical (Gardiner et al., 2010; Lott, 2013). A presença de convulsões apresenta-se com uma distribuição bimodal, ocorrendo em 50% antes de um ano de idade e 50% na vida adulta (Martínez & García, 2008). Por volta dos 40 anos de idade, vários autores defendem o desenvolvimento da Demência de Alzheimer, causada pela disfunção do lobo frontal (Gardiner et al., 2010; Lott, 2013). Associados ao aparecimento desta demência estão as modificações na linguagem e sintomas depressivos (Gardiner et al., 2010).

Importa ainda salientar, que as comorbilidades mais comuns encontradas na T21 foram a obesidade, problemas psiquiátricos, dificuldades de comportamento e memória, dentição frágil e hipotiroidismo (Jensen, Taylor & Davis, 2013).

Após a presente reflexão sobre as características da T21, torna-se relevante fazer a sua relação com as características evidenciadas pelos 10 clientes com T21 do CAO da SCMM, sendo que a estagiária contactou e trabalhou diretamente com todos esses sujeitos.

As características mais evidentes desta população são ao nível físico, sendo notória a sua baixa estatura, tendência para a obesidade, hipoplasia facial, pregas em torno dos olhos, base nasal achada, cavidade bucal pequena para o tamanho da língua, hipotonia muscular, entre outros. No domínio cognitivo denotam-se dificuldades de memória tanto a curto como a longo prazo, de processamento e tratamento de informação, de execução da ação, reduzida capacidade de generalização e pensamento abstrato e dificuldade de atenção e concentração.

No que concerne aos domínios motor e psicomotor, destaca-se a hipotonia, pouca força muscular, hiperextensibilidade muscular e de ligamentos, reduzido controlo postural, dificuldades de equilíbrio, lentidão da ação motora, bem como da tomada de decisão, reduzido controlo visual provocado por capacidades visuais limitadas e grandes dificuldades de lateralização e assimilação estrutural e espacial.

Ao nível da comunicação, os clientes apresentam uma satisfatória capacidade de expressão, e passagem da informação pretendida, apesar de terem uma linguagem verbal bastante reduzida, ou mesmo inexistente, destacando-se uma utilização funcional da linguagem, reduzida produção vocal, dificuldades de organização gramatical e articulação das palavras.

Relativamente ao domínio da socialização e do comportamento, esta população demonstra uma capacidade social bastante positiva, destacando uma boa disposição constante, interesse e consideração pelo outro, comportamentos espontâneos, efusivos e emotivos, todavia os indivíduos com T21 são demasiado familiares com estranhos e podem manifestar alguns comportamentos sexuais desadequados, que através de apoio e estratégias adotadas são controlados com alguma facilidade. De referir ainda que a baixa tolerância à frustração é bastante

evidente, bem como grandes alterações emocionais despoletadas por pequenas situações do dia-a-dia.

Concluindo, é de salientar que na DID são visíveis grandes dificuldades cognitivas, psicomotoras e comportamentais, ocorrendo a possibilidade de haver comorbilidade com outros problemas do foro da saúde mental (e.g.: esquizofrenia, psicoses maníaco-depressivas ou alterações de humor) e do foro emocional (Harris, 2010). De uma forma geral, a importância de compreender a heterogeneidade de comorbilidades nas DID, permitirá uma melhor análise individual. Por este motivo, de seguida serão abordadas algumas das características do Duplo Diagnóstico.

1.2.3. Duplo Diagnóstico / Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental e Doença Mental

As perturbações psiquiátricas afetam mais de 1/5 da população portuguesa (Caldas de Almeida & Xavier, 2013). De acordo com o DSM-V (APA, 2013) é frequente a existência de comorbilidades com o “diagnóstico principal” de DID como Doença Mental (DM), dificuldades de comunicação, perturbação do espectro do Autismo (Matson & Shoemaker, 2009), deficiência motoras, sensoriais, ou outras dificuldades. A população com DID denota uma maior tendência para psicopatologias, apesar de ainda não haver um consenso no que concerne à sua prevalência (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson e Allan, 2007).

Então qual a definição do duplo diagnóstico? e porque é que é um tema tão atual e “controverso”? A terminologia “duplo diagnóstico” remete para a presença de dois diagnósticos num só indivíduo, ou seja, a existência de DID e Doença Mental (Lunsky & Weiss, 2012; Werner & Stwaski, 2012). Este é um tema atual, devido à discussão científica que se tem gerado à sua volta, pelo motivo da sua avaliação gerar incertezas (a avaliação baseia-se nos relatos de eventos de vida, sentimentos internos, emoções, cognições e nos comportamentos e o sujeito com DID tem a sua capacidade de comunicação e memória comprometida - Cooper et al., 2007; Deb et al., 2001). E pelo facto da prescrição medicamentosa ser ambígua (Bradley et al., 2007) dada a heterogeneidade das competências de comunicação das pessoas com DID, é difícil utilizar um critério padronizado para o diagnóstico psiquiátrico, causando uma grande controvérsia de opiniões, avaliações e prescrição de medicamentos (Deb et al., 2001). A prescrição e a dosagem de medicamentos psicotrópicos tem um impacto tremendo no dia-a-dia do indivíduo, por isso, deve ser muito cuidada.

Os indivíduos com menor necessidade de apoios conseguem, geralmente, exprimir e partilhar alguns dos desconfortos internos, ajudando na compreensão dos comportamentos (Costello & Bouras, 2006; Dosen, 2007; Bradley et al., 2007). Por outro lado, nos indivíduos com maiores necessidades de apoios que apresentam pouca ou nenhuma linguagem e comunicação, a avaliação torna-se ainda mais difícil e suscetível a interpretações individuais, pois assenta fundamentalmente na compreensão das mudanças de comportamento e na inferência de estados emocionais internos das características e padrões dessas oscilações comportamentais (Bradley et al., 2007). Assim, as pessoas mais próximas do indivíduo e que o conhecem bem são fundamentais para uma avaliação correta (Bradley et al., 2007).

Segundo Horovitz et al., (2011), os indivíduos que apresentam DID e problemas psicopatológicos são caracterizados pela sua impaciência, agitação, irritabilidade e comportamentos exacerbados e/ou desajustados sem motivos aparentes. Na maior parte dos casos, a medicação é utilizada para controlar e eliminar comportamentos como a irritabilidade e a agressividade associados à DM, no entanto estes medicamentos não tratam a depressão causada por diversos fatores de stress e outras circunstâncias que contribuíram para aumentar os comportamentos

desajustados da perturbação psiquiátrica, logo os técnicos devem atuar em equipa para que crises e recaídas sejam evitadas ou minimizadas (Bradley et al., 2007).

Neste âmbito, vários investigadores procuram perceber se a prescrição de medicação psicotrópica ou antipsicótica é adequada para controlar as alterações de comportamento associadas a este duplo diagnóstico. Matson et al., (2010) defendem que a utilização de medicação psicotrópica em indivíduos com DID deve fazer-se de uma forma muito cuidadosa e conservadora, pois o tratamento medicamentoso tem um papel crítico no desempenho do indivíduo. Inicialmente, devem ser utilizadas doses mais baixas do que as utilizadas com objetivos semelhantes na psiquiatria, atentando nos efeitos do medicamento antipsicótico e das suas repercussões no dia-a-dia e bem-estar do indivíduo (Tyrer et al., 2008). Segundo os autores a medicação psicotrópica não deve ser utilizada no tratamento de alterações de comportamento em pessoas com DID e se esta for utilizada, deve ser apenas no início dos episódios e em doses baixas.

É importante que o médico que prescreve a medicação conheça o diagnóstico e o histórico do cliente (Tyrer et al., 2008). Matson & Neal (2008), afirmam a inexistência de informação suficiente para detetar a influência positiva ou negativa em relação aos efeitos dos medicamentos psicotrópicos nos comportamentos desafiantes em pessoas com DID. Assim, a falta de estudos controlados torna difícil a determinação conclusiva da eficácia do tratamento para as alterações do comportamento associadas à DID.

Desta forma, avaliar e diagnosticar corretamente a presença da DM em indivíduos com DID exige uma larga experiência e compreensão desta população por parte do técnico de saúde (Bradley et al., 2007).

Ao longo de toda a intervenção, a estagiária foi sendo confrontada com esta realidade, ou seja, a associação entre DID e DM, observando-se mudanças de comportamento detetáveis e, por vezes, destrutivas para o indivíduo (APA, 2013; Morgan et al., 2008). Nos casos com menor necessidade de apoios, os comportamentos associados à “saúde mental” são mais difíceis de serem identificados, caracterizando-se por condições como a ansiedade, e depressão, causando algum desconforto para o indivíduo (Costello & Bouras, 2006; Dosen, 2007).

Nos casos em que a DID apresenta um maior impacto na vivência diária do sujeito, a prevalência de problemas de saúde mental, também tende a ser mais elevada, verificando-se comportamentos disruptivos, agressividade, destruição de propriedade alheia, comportamentos sexuais desadequados e dificuldade de controlo dos impulsos (Costello & Bouras, 2006; APA, 2013). Consequentemente torna-se de extrema importância perceber a causa das perturbações psicossociais nas pessoas com DID, e a sua origem, com base no funcionamento do indivíduo, tendo em conta a influências de vários aspetos inerente à patologia e problemas comportamentais (Dosen, 2007).

Na intervenção com indivíduos com duplo diagnóstico Dosen (2007), refere que é necessário ter em conta três dimensões: dimensão biológica, que abrange disfunções cerebrais devido a danos nas estruturas cerebrais ou doenças genéticas; dimensão psicológica, que entende aspetos psicossociais que determinam a experiência do indivíduo e a sua interação com o meio envolvente; e a dimensão social, que determina um conjunto de circunstâncias que influenciam o nível de interação do indivíduo com a sociedade. Segundo o mesmo autor, a avaliação destas três dimensões deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar, e para além de um diagnóstico psiquiátrico é extremamente relevante a avaliação da origem do problema psiquiátrico.

Durante o estágio profissionalizante no CAO da SCMM, a estagiária contactou com diversos casos com duplo diagnóstico em que as bruscas alterações de

comportamento foram evidentes, bem como dificuldade de controlo dos impulsos, agitação, nervosismo, irritação, ansiedade e situações pontuais de agressividade. Estes comportamentos podiam ocorrer sem motivo aparente, no entanto, estes sujeitos apresentam alguma tendência para exacerbar situações problema com pouco significado. Importa salientar que os clientes do CAO, com duplo diagnóstico tomam medicação psicotrópica (e.g.: Risperidona) para o controlo de todos os comportamentos referidos anteriormente.

De referir que devido aos avanços na investigação e da medicina a esperança média de vida deste subgrupo populacional – gerontes com DID, tem vindo a aumentar, originando novos desafios ao nível dos apoios (Harris, 2010), verificando-se esta ocorrência na instituição onde decorreu o estágio, pois a estagiária interveio com gerontes no Lar da SCMM, tornando-se de extrema importância caracterizar a presente faixa etária e todas as mudanças que dela emergem.

1.2.4. Envelhecimento

1.2.4.1. Definição

Segundo a WHO (2011), no ano de 2010 existiam cerca de 524 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, representando 8% da população mundial, e para 2050 espera-se que este número triplique para aproximadamente 1.5 triliões, retratando 16% da população geral. Assim, o envelhecimento da população torna-se um problema emergente ao qual se deve dar bastante importância, executando planos de saúde e intervenção para esta população.

O envelhecimento é definido como um processo biossocial de regressão característico de qualquer ser vivo, onde se verificam modificações e perdas nas capacidades do indivíduo. Estas transformações são causadas por diversas condicionantes, tais como, genéticas, condições de vida, fatores nutricionais (Barreiros, 2001), somáticas e psicossociais (Sequeira, 2010). Por outro lado, Fonseca (1995) expõe um conjunto de mudanças desintegradoras e progressivas, evidenciando as alterações bioquímicas, fisiológicas, biológicas, funcionais e comportamentais. Vários autores defendem que o processo de envelhecimento é pré-programado geneticamente e não ocorre apenas após os 65 anos, mas sim ao longo do ciclo de vida do ser humano (Barreiros, 2001; Castiglia, Pires e Boccardi, 2006; Fonseca, 2001; Sequeira, 2010). No entanto, dá-se um pico de maturidade por volta dos 30 anos, que delimita o início de um declínio biológico (Barreiros, 2001).

As mudanças e perdas ocorrem a vários níveis, biológico, sensorial, cognitivo, psicomotor e psicológico e a idade cronológica não se torna tão importante, mas antes a capacidade funcional de cada sujeito, pois a senescência é um processo que se manifesta de formas diferenciadas em cada indivíduo (Barreiros, 2001; Pereira, 2004).

De acordo com Sequeira (2010), o **envelhecimento biológico** é caracterizado pela redução de trocas energéticas do organismo, ocorrendo várias alterações internas e externas. Nas alterações externas, pode-se destacar o aparecimento de cabelos brancos, lentificação de movimentos, diminuição da capacidade de reação Sequeira (2010), e envelhecimento da pele (Lopes, 2003). Nas transformações internas, destacam-se as alterações nos órgãos vitais e metabolismo basal, causando problemas cardiopulmonares, músculo esqueléticos, neurológicos, entre muitos outros (Lopes, 2003; Sequeira, 2010). A diminuição da massa e força muscular ocorre devido à perda de tecido e a uma menor elasticidade dos músculos, provocando dificuldades de coordenação sensoriomotora em tarefas do dia-a-dia, tais como, subir e descer escadas e carregar compras (Castiglia et al., 2006; Sequeira, 2010).

Por sua vez, as alterações que ocorrem nos órgãos vitais, ou seja, nos vários sistemas, apresentam uma evidência maior para o sistema cardiovascular, pois,

derivadas deste, podem aparecer patologias como a Hipertensão, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Diabetes Mellitus, Colesterol e Obesidade (Sequeira, 2010). Estas patologias ser letais e/ou provocar situações de extrema dependência e perda de autonomia do geronte.

Os **sistemas sensoriais** são muito alterados devido ao envelhecimento, pois as informações propriocetivas e exteroceptivas diminuem, bem como a capacidade de produção de respostas pelo geronte (Barreiros, 2001). Nesta medida, o processamento da informação visual e auditiva sofre desintegrações neuropsicológicas e ao nível da visão destacam-se as dificuldades no que se refere à perceção da figura, forma, deteção de pormenores, profundidade em concomitância com a diminuição do campo visual e aumento da sensibilidade à luminosidade (Barreiros, 2001; Fonseca, 2001 e Juhel, 2010). No que respeita à informação auditiva, ocorre uma redução na capacidade de discriminação fonética e na capacidade de localização auditiva (Barreiros, 2001; Fonseca, 2001 & Juhel, 2010). De referir que estas regressões sensoriais também se alargam a outros sentidos, tais como, paladar, cheiro, tato (diminuição da discriminação, pressão forma e textura (Fonseca, 2001)) e capacidade cinestésica (Barreiros, 2001).

As **funções e capacidades cognitivas** também são afetadas pelo envelhecimento e causadas pela degeneração neural (Sequeira, 2010; Pereira, 2004; Fonseca, 2001). Como consequência, verifica-se o aumento das dificuldades em perceber e decodificar informação, memorização a curto e longo prazo, dirigir atenção/concentração (apenas para uma tarefa ou para várias, processo altamente complicado), tomada de decisão e vivacidade intelectual (Barreiros, 2001; Fonseca, 2001; Juhel, 2010; Sequeira, 2010).

Devido a todas as alterações referidas anteriormente e do processo de degeneração normal, os **fatores psicomotores** são visivelmente afetados, decorrendo um decréscimo da performance do geronte em tarefas diárias em que se evidenciam limitações neurais e motoras (Barreiros, 2001). O autor aponta para perdas ao nível do equilíbrio (estático ou dinâmico), causado pelas mudanças sensoriais e biológicas acima referidas. Esta decadência do equilíbrio pode ser específica da deterioração postural advinda das alterações musculo-esqueléticas, amplitude articular reduzida, aumento do tempo de reação/resposta e diminuição do controlo motor que provocam a redução das ações motoras no geral (Barreiros, 2001). Agrava-se assim, a probabilidade do geronte ter quedas, que em consequência geram processos patológicos adversos à qualidade de vida do geronte (Pereira, 2004), tais como o risco de fratura óssea (Barreiros, 2001).

O **envelhecimento psicológico** de acordo com Sequeira (2010), é o espelho das alterações corporais no idoso, repercutindo-se numa mudança de atitudes e comportamentais. Este depende também da inserção do geronte em diversos contextos, e da sua interação com os meios, pois tende a sucumbir-se ao isolamento e à tristeza, devido ao acúmulo de perdas, separações e marginalização social, favorecendo um quadro de degradação mental (Fonseca, 2001; Lopes, 2003; Juhel, 2010 & Sequeira, 2010). O declínio das capacidades adaptativas com a idade, nos sujeitos com DID, parece precoce e aos 40 anos é visível a tendência para comportamentos desajustados e diminuição das capacidades adaptativas (Santos & Morato, 2012a).

Este novo grupo populacional – geronte com DID, coloca novos desafios ao nível das políticas e práticas de provisão de apoios, dado os mesmos ainda estarem segmentados e direcionados ou para os gerontes ou para as pessoas com DID, considerando-os como grupos distintos. Em suma, torna-se de extrema importância o aumento de apoios, programas de prevenção, informação e intervenção dirigidos a esta faixa etária, que nos próximos anos tenderá a aumentar em grande escala.

Através da intervenção no Lar da SCMM, a estagiária teve a oportunidade de interagir com uma panóplia muito diversificada de gerentes, identificando assim diversas das características revisadas anteriormente.

Desta forma, ao nível cognitivo são evidentes as dificuldades em perceber a informação recebida, memória reduzida e diminuição da capacidade de decisão. No domínio psicomotor, as perdas de equilíbrio, controlo postural, o decréscimo da amplitude articular e do controlo de movimentos, levam a uma baixa capacidade de resposta e restrição das ações motoras. De referir que se denota uma perda gradual das capacidades visuais e auditivas não esquecendo que toda a informação proprioceptiva no geral sofre um decréscimo.

Por último e não menos importante destaca-se o domínio psicológico e/ou comportamental, assim devido aos frequentes sentimentos de tristeza, atitudes negativas, autodesvalorização e baixa auto-estima, esta população apresenta uma grande tendência para o isolamento, o que conduz rapidamente a quadros de degradação mental que rapidamente passam a depressivos.

Uma vez apresentada a população-alvo e as suas principais características torna-se extremamente relevante abordar a intervenção psicomotora do ponto de vista teórico e prático, sendo que se aborda, em seguida

1.3. Psicomotricidade e Intervenção Psicomotora

A Psicomotricidade pode ser definida como uma expressão corporal de mediação com o mundo, em que o corpo através da sua expressividade, comunicação e adaptação, interpreta diversas formas funcionais de viver, agir e criar, dando sentido à experiência humana (Boscaini, 2002). Desta forma, o corpo não é visto como um instrumento mecânico de adaptação, mas sim como objeto importante da qualidade relacional e de mediatização, perspetivando a capacidade eutónica, a segurança gravitacional, a estruturação somatognósica e a organização práxica e expressiva do sujeito (Fonseca, 2001).

Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2005 in Morais, Novais e Mateus, 2005), a Psicomotricidade é o campo transdisciplinar que aprofunda as interações entre os efeitos recíprocos e sistémicos no indivíduo, tendo em conta a relação mútua entre o desenvolvimento psíquico e psicomotor. Por sua vez, Núñez & Berruezo (2007) defendem a mesma perspetiva, referindo que da relação mútua entre psíquico e motor resulta a maturação das funções neuromotoras e capacidades psíquicas do indivíduo. Esta união está dirigida para a integração de aspetos cognitivos, emocionais, simbólicos e corporais inerentes ao sujeito, contextualizando a sua interação com o meio psicossocial envolvente (Frimodt, 2004).

Boscaini (2003), advoga que a Psicomotricidade dá uma grande importância ao movimento, no entanto não o valoriza apenas como uma dimensão neurofisiológica, dando-lhe uma preponderância na sua ligação com a inteligência, linguagem, afetividade, e pensamento, pois a relação com o mundo é fundamental para o indivíduo. Assim, a Psicomotricidade pode ser entendida como a área do conhecimento que estuda os fenómenos relacionados com o movimento e o desenvolvimento humano, pois é através do movimento e da ação que se perspetiva o desenvolvimento do sujeito (Núñez & Berruezo, 2007).

Por sua vez, a intervenção psicomotora (IPM), ao nível físico, psicológico e social pode ser vista sobre diversos contextos, dos quais podemos destacar as áreas da saúde, prevenção, reeducação, reabilitação e investigação, abrangendo qualquer faixa etária e diferentes grupos populacionais (Frimodt, 2004). A IPM incide na expressão motora desajustada (e.g.: dispraxias, problemas psicossomáticos e

somatognósticos), ao nível relacional (e.g.: dificuldades relacionais e comunicativas), e na cognição, onde se podem destacar problemas de memória e desatenção.

De acordo com Fonseca (2009), a intervenção psicomotora deve ser vista de uma forma holística, em que se evidenciam o modelo científico do desenvolvimento psicomotor, o modelo eficiente de mediatização reeducacional e terapêutico e as três dimensões inerentes à intervenção: **dimensão científica**: na qual se procura destacar o desenvolvimento psicomotor do indivíduo bem como as suas relações e influências recíprocas; **dimensão mediatizacional**: onde se realça a terapia educacional e/ou reeducacional, na qual se pretende alcançar objetivos de modificabilidade, potencialidade psicomotora; e **dimensão ética**: em que se visa desenvolver o nível de desempenho atual do sujeito, em concomitância com a criação de condições potenciais para atingir níveis mais aperfeiçoados.

Deste modo, a IPM é um processo sistemático e interventivo que tem como objetivo a melhoria do bem-estar e a maximização do potencial psicomotor do indivíduo com problemas desenvolvimentais, desigualdades sociais, dificuldades de aprendizagem globais e específicas, DID, entre outras (Fonseca, 2009; 2012).

A intervenção psicomotora tem por base a mediação do corpo em conjugação com outros fatores como o tempo, diferentes objetos, ritmos, música, entre outros, em que se evidenciam diversas ações tais como, a empatia e expressão tónico-emocional e corporal, confiança, associação, interação, exploração, iniciativa, motivação, comunicação verbal e não-verbal e diálogo tónico (Boscaini, 2002; Martins, 2001a). Reforça-se a importância da interação com o terapeuta, os laços entre o corpo e a atividade mental, o real e o imaginário, e a estimulação do potencial adaptativo (Boscaini, 2002; Martins, 2001a). Desta forma, através da intervenção, o terapeuta prespeta a redução do desconforto, melhor equilíbrio e bem-estar pessoal, favorecendo o desenvolvimento psicomotor do indivíduo e a maximização da sua interação com diferentes contextos sociais (Boscaini, 2002).

A intervenção psicomotora pode incidir em duas componentes: uma mais de caráter relacional e a outra mais instrumental. A componente relacional e psicoafetiva possibilita a expressividade do sujeito, impulsionando uma gestão problemática de identidade e funcionalidade, em que o terapeuta é o agente securizador e proporciona a interrelação com o contexto envolvente (Martins, 2001a). A componente instrumental pressupõe a estimulação para uma determinada atividade percetiva, simbólica ou concetual, evidenciando a intencionalidade e a consciencialização da ação, através da exploração de diversas formas de expressão motora, gráfica, verbal, não-verbal, sonora, entre outras, existindo assim, um envolvimento mais específico com os objetos e as características espaciais e temporais em diversos contextos (Martins, 2001a).

Desta forma, o instrumento de trabalho na intervenção psicomotora é o corpo em movimento, ou seja, a relação terapeuta-cliente, a interação do sujeito consigo próprio, com o outro e com o envolvimento (espaço/sala, tempo, ritmo da sessão e objetos), pois é através da consciência corporal que o indivíduo se expressa, nas suas atitudes, posturas e gestos, tomando a consciência dele próprio, libertando os obstáculos da ação e coordenação, pois obtém as respostas às situações do seu dia-a-dia seja em casa, na escola, na rua, na escrita, leitura, resolução de problemas, entre outros (Martins, 2001a; Fonseca, 2012).

De referir ainda que a intervenção psicomotora pode ter por base um apoio individual ou grupal, sendo que, o psicomotricista deve ter em conta a problemática inerente a cada indivíduo, bem como as suas necessidades de apoio direcionadas para a componente cognitiva, motora ou relacional. (Martins, 2001a). A duração da sessão também varia de acordo com as indicações anteriormente referidas.

O CAO da SCMM tem como objetivos primordiais a integração, a autonomia, a qualidade de vida e a igualdade de oportunidades para as pessoas com DID. Desta

forma, todos os técnicos, ajudantes de reabilitação e colaboradores trabalham em conjunto a fim de proporcionarem aos clientes catividades ocupacionais, intervenções terapêuticas/técnicas, atividades recreacionais e de lazer, para o desenvolvimento das capacidades e a valorização pessoal. Assim, a instituição perspetiva a integração dos clientes na sociedade e se possível em regime de emprego protegido (SCMM, s/d).

Dentro de todos os apoios prestados pela instituição, a intervenção psicomotora faz parte dos mesmos. Com esta, pretende-se promover a qualidade de vida, através do bem-estar físico e psicológico, equilíbrio emocional, relacionamentos sociais e necessidades de saúde ou outras circunstâncias de vida. A referir que a intervenção psicomotora tem por base a potencialização das capacidades do indivíduo e a estimulação das habilidades em que o indivíduo apresente maiores dificuldades, centrando todo este trabalho no indivíduo, na sua funcionalidade e na sua autonomia nas tarefas do dia-a-dia.

A intervenção psicomotora na instituição é dirigida a todos os clientes, de acordo com os seus gostos e necessidades, tendo em conta os diferentes núcleos de trabalho e a autonomia dos clientes. Consequentemente, as sessões dinamizadas pela estagiária foram realizadas em grupo e individualmente, promovendo assim várias componentes, tais como, a atividade física, relaxação, interação social, interação terapeuta-cliente, comunicação verbal e não-verbal, conhecimento do meio envolvente, responsabilidade, entre outros. Em todas as sessões de IPM, da responsabilidade da estagiária, é realizada uma planificação prévia, pelos técnicos responsáveis e no final é realizada uma apreciação dos comportamentos, desempenhos e demonstrações de interesse dos clientes e dos técnicos, sendo registada.

A intervenção psicomotora da estagiária não seguiu uma linha apenas instrumental ou relacional, pelo que houve a junção das duas vertentes consoante as necessidades terapêuticas de cada cliente. As sessões de IPM seguiram uma lógica familiar de organização: inicialmente, um diálogo com todos os clientes sobre assuntos relevantes para os mesmos para perceber se estão predispostos para a sessão e a ativação geral; de seguida, são executadas as dinâmicas práticas ou atividades com exercícios psicomotores, educativos e/ou lúdicos, adaptados às capacidades e necessidades de cada cliente. No final, o retorno à calma com atividade de relaxação, alongamentos e uma conversa final de balanço da sessão.

No CAO, durante a prestação de serviços da estagiária, o apoio psicomotor contemplava as seguintes áreas:

- **Desenvolvimento Social e Pessoal:** pretendia-se, essencialmente, preparar os jovens adultos para a sua integração na comunidade, dotando-os com aptidões para adequar os seus comportamentos, manter uma conversa, serem assertivos, estabelecerem relações positivas com os seus pares, resolverem conflitos de forma correta, ter capacidades de auto-regulação e saber como reagir/atuam em diversas situações adversas do dia-a-dia, seja na rua, no recinto ocupacional ou em casa;
- **Estimulação Sensorial, Cognitiva e Relaxamento:** conjunto de abordagens psicomotoras dirigidas a um grupo mais restrito de clientes, com maior necessidade de apoios e autonomia reduzida; as sessões, na maioria individuais, objetivavam estimular e consciencializar os sentidos primários, incentivar o movimento, facilitar a libertação de stress, controlar comportamentos, promover a exploração do meio e a compreensão do próprio corpo de forma a maximizar o seu bem-estar, alegria e satisfação;
- **Relaxação:** possibilitou a perceção das sensações e emoções vivenciadas pelo sujeito bem como a descoberta esquemática, cognitiva e espacial do corpo, da sua imagem, da sua representação e da sua flutuação tónico-emocional (Boscaini,

2003; Martins, 2001b), permitindo a distinção entre função tónica e motora através da contração e descontração muscular e posteriores movimentos (Martins, 2001b);

- **Multiatividades:** conjunto de atividades pedagógicas, terapêuticas, preventivas e recreacionais de bem-estar, promovem a melhoria de capacidades psicomotoras e a estimulação de estilos de vida saudáveis, tornando os seus participantes mais ativos, capazes de executar uma maior diversidade de tarefas diárias, permitindo assim uma maior autonomia e qualidade de vida do indivíduo. De referir que durante a época de verão, nesta atividade, são praticados alguns desportos radicais que possibilitam o contacto direto dos indivíduos com a Natureza (e.g.: tirolesa, escalada, visita a grutas, todo o terreno, slide, rappel, e trilhos pedestres).
- Por último, a **Prática Desportiva Adaptada**, i.e., o Atletismo, em que os atletas praticam corrida de velocidade e resistência e lançamento de peso e dardo; com esta prática pretende-se contribuir para a manutenção e aquisição de hábitos de prática desportiva, promover o bem-estar e a qualidade de vida, estimular a integração social e possibilitar a oportunidade de praticar um desporto federado, integrando os atletas em diversos torneios, campeonatos e corridas existentes na ilha ou fora. A atividade física adaptada (terapêutica, recreacional ou educativa) promove a saúde, o desenvolvimento de habilidades motoras, o bem-estar e a iniciação ao desporto (Pan et al. 2015; Tejero, Vaíllo & Rivas, 2012). A sua prática possibilita a identificação e resolução de diferenças e dificuldades de cada indivíduo, adaptando o contexto em que se desenvolvem, e defendendo um estilo de vida ativo, a cooperação e a superação das pessoas com DID (e.g.: autoconceito e autoeficácia - Hutzler & Korsensky, 2010; Tejero et al., 2012). A atividade física tem sido alvo de grandes pesquisas devido à sua eficácia na prevenção e tratamento da ansiedade (Carraro & Gobbi, 2012) e prevenção das obesidade e sedentarismo em indivíduos com DID (Blick et al. 2015).

1.4. Avaliação e Observação Psicomotora

A avaliação pode ser considerada como uma intervenção formal capaz de ligar e diferenciar três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão, sendo que os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente numa decisão, mas sim na definição de uma situação-problema para a qual deve haver um julgamento e um conjunto de soluções ou decisões positivas (Contandriopoulos, 2006). Para além da aplicação de instrumento de avaliação com a recolha objetiva de dados (e.g.: EGP), a estagiária baseou a sua intervenção na observação global (Albaret, 2009; Boscaini, 2003) e contextualizada de cada cliente, considerando as preferências e expectativas dos clientes e suas famílias.

A observação psicomotora apresentou como objetivo o maior conhecimento de cada caso, para a planificação terapêutica e reabilitativa adequada ao perfil intraindividual de cada sujeito, indo ao encontro de (Fonseca, 2010). Durante a observação psicomotora, a estagiária criou uma relação empática com os clientes, analisando os comportamentos relevantes, e o seu ajustamento e disponibilidade às situações-problema (Fonseca, 2010). Concomitantemente à observação inicial foram consultadas as anamneses para caracterizar a história do indivíduo, o seu desenvolvimento e envolvimento familiar (Chaix, Corraze, Armintage, Soppelsa & Albaret, 2013; Fonseca, 2010). Com base em todos os parâmetros, foi possível estabelecer um perfil individual, bem como traçar um plano terapêutico-habilitativo.

Numa tentativa de correlacionar a teoria com a prática psicomotora do estágio e com a população em questão, parece poder avançar-se que a IPM deve ser um dos apoios a considerar com os sujeitos com DID dado basear-se na consciencialização do movimento que é trabalhado e praticado pelo corpo no concreto (Valente, Santos e Morato, 2011). A IPM concretizada no estágio privilegiou a estimulação dos fatores

psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia fina e praxia global) da atenção e concentração na tarefa, da comunicação e da relação, na constante adaptação ao envolvimento (Martins, 2001a).

O trabalho da estagiária passou inicialmente, por uma fase de observação e estabelecimento de uma relação empática, para uma fase de avaliação formal e estabelecimento do perfil individual dos clientes com quem se interveio. Desta forma, foram identificados os domínios a estimular, bem como as áreas fortes de cada caso. A avaliação permitiu, assim, a elaboração de um programa de intervenção com métodos específicos, adaptados ao caso, visando a promoção da funcionalidade. Os resultados foram “validados” do ponto de vista contextual e integrados de forma dinâmica na seleção de informação relevante (Albaret, 2003).

O processo de intervenção psicomotora concretizada pela estagiária será descrito em seguida, com maior detalhe.

CAPITULO 2 – Intervenção Psicomotora no CAO da SCMM

2.1. Calendarização e horário das atividades de estágio

As atividades de estágio tiveram início no dia 15 de Setembro de 2014 e terminaram no dia 29 de maio de 2015. A duração do estágio correspondeu ao calendário académico, que em conjunto com o calendário da instituição e respetivo horário de funcionamento ditaram as interrupções efetuadas para férias de Natal (de 22 de Dezembro de 2014 a 5 de Janeiro de 2015), feriados nacionais e regionais e tolerâncias de ponto.

Durante as primeiras 3 semanas de estágio, a estagiária teve a oportunidade de se inteirar sobre todo o funcionamento e dinâmica da instituição, podendo observar os clientes em diversos contextos, bem como estabelecer a relação empática com os clientes – **observação participada**. Posteriormente, em conjunto com a Diretora Técnica/Orientadora Local, foi estabelecido um horário semanal de 23h, de acordo com o funcionamento do CAO, a partir do qual a estagiária passou por uma **Intervenção Supervisionada** até à fase da **Intervenção Autónoma** (tabela X).

Tabela 1 - Horário da estagiária ao longo do Ano Letivo 2014/2015

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
09H00 10H00			Sessão de Desenvolvimento Pessoal e Social (DPS) Grupo 1B	Preparação do espaço para as sessões/ hora livre de comunicação com os gerentes	Sessão de Desenvolvimento Pessoal e Social (DPS) Grupo 1B
10H00 11H00	Intervenção Individual – Estudo de Caso 2	Intervenção Individual – Estudo de Caso 1	Estimulação Sensorial Grupo 5	Intervenção Individual – Estudo de Caso 3	Reunião Técnica
11H00 12H00	Estimulação Sensorial Grupo 5	Estimulação Sensorial Grupo 5		Sessão Gerontopsicomotricidade Grupo 6	
12H00 13H00	ALMOÇO			ALMOÇO	
13H00 14H00				Multiatividades – Caminhada Grupo 3	
14H00 16H00	Atletismo Adaptado Grupo 4	Atividade Motora em Ginásio/Cardiomusculação e Piscina Grupo 2B	Atividade Motora em Ginásio/Cardiomusculação e Piscina Grupo 2A		Atletismo Adaptado Grupo 4
Nº horas	4h	4h	5h	4h	6h

De acordo com o horário, a estagiária integrou as atividades técnicas pré-estabelecidas pela instituição, tendo ficado responsável pelas sessões de Estimulação Sensorial (2ª, 3ª e 4ª de manhã) com intervenção individual com dois estudos de caso e com o grupo dos clientes menos autónomos do CAO. Quanto ao núcleo de Desporto, a estagiária também era uma das responsáveis: o Atletismo Adaptado (2ª e 6ª de tarde), a Atividade Motora em Ginásio (3ª e 4ª de tarde) e a Atividade Motora Adaptada (5ª e 6ª de tarde). As sessões de Desenvolvimento Pessoal e Social, partilhadas com a Assistente Social, concretizavam-se às 4ª e 5ª de manhã. Em todas as intervenções/atividades semanais os grupos eram distintos de acordo com o seu grau de autonomia, como será apresentado no subcapítulo seguinte referente aos grupos de intervenção.

A tabela 2 apresenta de forma sucinta, todas as fases concretizadas ao longo do estágio na SCMM, tendo-se procurado uma distribuição homogénea das tarefas, para que a estagiária não ficasse com uma carga horária disforme ao longo dos meses

de trabalho, permitindo que todas as etapas fossem concluídas, sem afetar o funcionamento das atividades previstas para o CAO e Lar da SCMM.

Tabela 2 - Cronograma das tarefas durante o estágio do Ano Letivo 2014/2015

Tarefas		Observação global em contexto ocupacional	Delimitação do horário de estágio	Observação e integração nas atividades técnicas	Escolha dos estudos de caso	Avaliação inicial e elaboração do plano habilitativo	Intervenção Psicomotora	Avaliação final de resultados
2014	Set.							
	Out.							
	Nov.							
	Dez.							
2015	Jan.							
	Fev.							
	Mar.							
	Abr.							
	Mai.							

A fase de observação permitiu o contacto com “as rotinas” da instituição, com os clientes e com a equipa técnica para uma melhor e mais funcional integração da estagiária. As observações diárias foram reportadas através de relatórios (e.g.: com a descrição das sessões: objetivos, duração, tipo de estratégias utilizadas e com sucesso, tempo e material...) e permitiram a aprendizagem da dinâmica institucional. Durante esta primeira fase, houve o cuidado da estagiária não atuar como elemento distrator, tentando fazer com que a sua presença fosse progressivamente aceite como natural.

Neste âmbito, a estagiária observou durante 20 dias os clientes em contexto ocupacional. Todavia, no que respeita às sessões técnicas de contexto interventivo, a estagiária começou a fazer parte das dinâmicas desde início, não existindo uma observação participada mas sim interventiva. Desta forma, houve um grande acompanhamento individual pela Orientadora local que permitiu o esclarecimento in loco e no momento de algumas atuações ou ocorrências, bem como a ajuda e suporte dos colegas da equipa técnica que auxiliaram a colocaram a estagiária dentro de todos os assuntos remetentes a cada área de intervenção.

Após a definição do horário e atividades, a integração da estagiária foi imediata, e como já foi referido, o tempo para a observação das atividades técnicas não foi linear para todas:

- No Desenvolvimento Pessoal e Social, a estagiária integrou as sessões de grupo e acompanhou o tema que estava a ser tratado no momento pelo Terapeuta da Fala e pela Assistente Social, inteirando-se dos objetivos traçados e dinâmicas de sessão; passou a ser parte ativa da mesma, partilhando a responsabilidade da prática apenas com a Assistente Social;
- Nas Multiatividades a estagiária, desde o início, foi a única responsável iniciando a sua atividade pela observação e avaliação dos clientes do grupo, identificando as suas áreas fortes e fracas, para a definição do perfil individual e respetivo programa de intervenção;
- No Atletismo e na Atividade Motora a estagiária foi inicialmente acompanhada pela orientadora, assumindo a responsabilidade após algumas sessões; a planificação foi realizada em conjunto com a orientadora.

- Na Estimulação Sensorial, a estagiária ficou responsável pela sala desde o mês de janeiro, altura em que foi criada; neste caso, foi realizada uma avaliação para posterior intervenção.
- Por fim, com o grupo de Gerontopsicomotricidade, a estagiária teve algumas semanas para conhecer os clientes, para posteriormente intervir de forma grupal e sem clientes fixos, não tendo sido possível realizar observação/avaliação rigorosa.

A fase posterior de intervenção supervisionada foi iniciada, gradualmente, em diferentes sessões e nos vários contextos, tendo havido uma passagem progressiva até à fase da supervisão autónoma onde a estagiária assumiu a dinamização das sessões psicomotoras. A intervenção supervisionada permitiu a consciencialização e crescimento técnico, baseada na discussão de casos e resolução de “conflitos” entre outras, apelando à reflexão e estudo por parte da estagiária. Com a participação cada vez mais ativa e enquadrada do ponto de vista institucional, iniciou-se a seleção dos estudos de caso e dos instrumentos de avaliação a aplicar (apresentados adiante). Finalmente, e na fase de intervenção autónoma a estagiária passou a ser responsável pelo planeamento e consecução das sessões, iniciando-se os estudos de caso. No que concerne aos principais métodos e estratégias utilizadas, partiu-se do pressuposto que todas as pessoas (com e sem DID) têm áreas fortes e limitações, que a avaliação considerou a especificidade individual na sua validade ecológica e que com uma intervenção adequada se observariam melhorias no desempenho e funcionalidade diária, indo ao encontro do advogado por Schalock et al., (2007; 2010). O estabelecimento de uma relação empática foi fundamental para toda a dinâmica do estágio, num espaço contendor e promotor das competências, a partir de experiências concretas e com significado para cada cliente. O estabelecimento de objetivos e metas a atingir bem como a planificação das atividades teve sempre em consideração a idade cronológica de cada cliente, os seus valores, interesses e preferências visando a adaptação.

A observação direta diária, tal como referido anteriormente, foi uma das principais estratégias, atuando como apoio ao longo de todo o ano. O trabalho em grupo ou em sessão individual era selecionado consoante o plano de vida de cada cliente, e a base de toda a intervenção foi o movimento e o lúdico, organizada de forma semi-estruturada, para um ajustamento intencional dos comportamentos mas aproveitando-se a atividade espontânea dos clientes. Desta forma, podemos apontar como as estratégias mais utilizadas com os casos com que se interveio a adaptação das atividades ao caso, individualização descoberta guiada, decomposição das tarefas, prática para o transfer, modelação, reforço positivo.

As sessões das quais a estagiária fazia parte ou era responsável pela dinamização eram constituídas por: no **diálogo inicial** os clientes expunham o seu estado emocional, predisposição para a atividade, abordavam alguns conteúdos da sessão anterior e a estagiária apresentava as atividades que iriam compor a sessão, pretendendo-se captar a atenção do grupo, estimular a comunicação e promover a interação social; a **ativação geral** era composta por movimentos livres ou solicitados pela técnica e tinha o objetivo, de promover a ativação geral da musculatura do corpo, trabalhar sobre várias intensidades/ritmos, promover amplitude de movimentos e preparar os clientes para a **dinâmica prática**, que por sua vez tinha o objetivo de trabalhar os objetivos gerais propostos, indo de encontro a cada atividade e aos critérios de êxito; o **retorno à calma** não era efetuado em todas as sessões, mas envolviam a relaxação e promoção da capacidade de abstração dos estímulos do meio envolvente; por último, no **diálogo final** eram recapituladas as atividades executadas na sessão, e quais as dificuldades sentidas, com o objetivo de estimular a comunicação verbal, memória, promover a socialização e exprimir sensações vivenciadas.

De seguida serão apresentados os grupos de intervenção apoiados pela estagiária, bem como a sua caracterização e descrição.

2.2. Apresentação dos Grupos de Intervenção da Estagiária

A intervenção da estagiária contemplou 6 grupos distintos (dois foram subdivididos). Mediante a organização das atividades realizadas na instituição e da sua ligação com as competências profissionais da estagiária, intrínsecas à prática da intervenção psicomotora, a mesma integrou as intervenções e grupos apresentados. Posteriormente, procedeu-se à seleção dos 3 estudos de caso.

De um modo geral, a organização, planificação e intervenção foi efetuada de acordo com os objetivos específicos para cada cliente, tendo em conta, as capacidades e dificuldades e a perspetiva da sua evolução, contextualizada em objetivos gerais de intervenção grupal. Os clientes foram divididos heterogeneamente por diversas atividades ocupacionais à sua escolha e em conformidade com as suas potencialidades (e.g.: carpintaria, lavandaria, cozinha, sala ecológica, ateliê de artes e decoração e atelier de beleza). Por outro lado, os grupos de intervenção foram selecionados de acordo com o seu nível de desenvolvimento e autonomia, características pessoais motivacionais, sociais e psicomotoras. Assim, estes grupos de intervenção são compostos por clientes com características semelhantes.

No que concerne à descrição dos grupos com os quais a estagiária interveio, os mesmos são apresentados de acordo com as normas de confidencialidade da instituição (tabela 3). A estagiária trabalhou com 6 grupos aos quais correspondiam uma área de intervenção (Desenvolvimento Pessoal e Social, Multiatividades, Atletismo, Atividade Motora, Estimulação Sensorial e Gerontopsicomotricidade), em alguns casos (e.g.: Desenvolvimento Pessoal e Social, Atividade Motora) existiam dois grupos (A/B) devido a diferentes graus de autonomia e desenvolvimento geral (e.g.: à intervenção de Desenvolvimento Pessoal e Social, corresponde o grupo1 que depois se subdivide em A e B. Em consequência destas intervenções eram planeadas e dinamizadas pela estagiária 7 sessões semanais, sendo que somadas as sessões em que a estagiária não tinha que fazer um planeamento semanal, perfaz um total de 15 sessões dinamizadas no CAO e no Lar da SCMM.

A estagiária interveio no CAO com um total de 30 clientes, e no Lar com um número próximo dos 20 clientes. Por conseguinte, na intervenção de Desenvolvimento Pessoal e Social, foram dinamizadas várias práticas em grupo, em contexto de sala: o grupo 1A caracterizava-se particularmente por uma necessidade de apoio intermitente a limitada, e o grupo 1B por uma necessidade de apoio extensiva a limitada, devido a dificuldades motoras, cognitivas, visuais, de compreensão e descodificação da informação, de atenção e concentração.

Na Atividade Motora em Ginásio, o grupo 2A, apresentava necessidades de apoio intermitentes, e o grupo 2B necessidade apoio de apoio extensiva a limitada, proveniente de uma menor autonomia e de dificuldades motoras e cognitivas. Nas Multiatividades/Atividade Motora Adaptada, foram realizadas várias práticas ao ar livre bem como em ginásio e em contexto grupal, e o grupo 3 apresentava necessidades de apoio extensivas a limitadas, devido a dificuldades motoras, visuoespaciais, práticas e de coordenação. No Atletismo Adaptado, o grupo 4 era caracterizado por ser mais autónomo, apresentando necessidades de apoio intermitente. Relativamente ao grupo 5, as necessidades de apoio são permanentes a extensivas, com reduzida capacidade de autonomia e autossuficiência. Por último, o grupo 6 é composto por indivíduos com idades já avançadas (gerontes), com necessidade de apoios limitados, na sua vida diária.

Tabela 3 - Descrição dos grupos apoiados pela intervenção da estagiária

Grupo	Sub Grupo	Intervenção	Descrição		Idades	Nº Total
1	A	Desenvolvimento Pessoal e Social	16 Elementos	8 Género Feminino 8 Género Masculino	20-42 Anos	30 Clientes do CAO (frequentavam diversas atividades monitorizadas pela estagiária)
	B		10 Elementos	4 Género Feminino 6 Género Masculino	21-54 Anos	
2	A	Atividade Motora Ginásio	12 Elementos	9 Género Feminino 3 Género Masculino	20-42 Anos	
	B		12 Elementos	4 Género Feminino 8 Género Masculino	21-54 Anos	
3	--	Multiatividades – Atividade Motora Adaptada	15 Elementos	5 Género Feminino 10 Género Masculino	21-54 Anos	
4	--	Atletismo Adaptado	10 Elementos	5 Género Feminino 5 Género Masculino	20-39 Anos	
5	--	Estimulação Sensorial	5 Elementos	2 Género Feminino 3 Género Masculino	24-54 Anos	
6	--	Gerontopsicomotricidade (Lar para gerontes)	Indefinido	-----	-----	

De referir que os Diagnósticos apresentados nos grupos 1, 2, 3, 4 e 5 eram de Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, Trissomia 21 e Duplo Diagnóstico, tendo que se adaptar todas as tarefas necessárias a cada grupo.

Depois de selecionados os grupos de intervenção pela instituição e com base nas atividades onde a estagiária iria participar, foi possível fazer uma previsão no número de sessões a realizar pela mesma, segundo cada área de intervenção/disciplina. Após o período de observação, a estagiária deu início às sessões/atividades na primeira semana do mês de outubro de 2014.

Desta forma, foram previstas para cada área de intervenção o total de sessões no entanto nem todas foram realizadas por motivos de comemorações festivas, coincidência com atividades externas, problemas técnicos, prolongamento de Reuniões Técnicas ou outros motivos que impossibilitaram a realização das sessões previstas (tabela 4). Importa salientar que a intervenção de Estimulação Sensorial (grupo 5) e as Sessões Individuais com os estudos de caso tiveram início no mês de Janeiro de 2015, no entanto devido à não periodicidade da presença dos clientes na Sala de Estimulação Sensorial não foram contabilizadas as sessões previstas e realizadas com cada indivíduo.

Tabela 4 - Descrição das Sessões de Intervenção previstas e realizadas

Intervenção	Grupo/Subgrupo	Sessões Previstas	Sessões Realizadas	
Desenvolvimento Pessoal e Social	1	A	31	21
		B	29	22
Atividade Motora Ginásio	2	A	30	26
		B	30	26
Multiatividades – Atividade Motora Adaptada	3	60	51	
Atletismo Adaptado	4	58	52	
Estimulação Sensorial	5	-----	-----	
Gerontopsicomotricidade (Lar para gerontes)	6	28	23	

2.3. Organização dos estudos de caso e processo de intervenção

Após a definição do horário, bem como a definição dos grupos que iria integrar, e observação das dinâmicas, a estagiária teve a oportunidade de selecionar dois dos clientes com os quais queria fazer os estudos de caso, e a Orientadora Local escolheu outro cliente, perfazendo um total de 3 estudos de caso. Para a intervenção direta da estagiária com cada cliente estudo de caso, foi solicitada autorização à família, tendo a prática iniciado após a obtenção do consentimento informado por escrito. Os estudos de casos serão agora apresentados, como um exemplo de toda a organização da atividade da estagiária.

Em seguida, após o período de observação das atividades ocupacionais e técnicas, e contacto prévio com os clientes, procedeu-se à realização da avaliação dos estudos de caso e à leitura das respetivas anamneses, bem como de todo o seu processo para uma melhor adequação da intervenção. Para este processo de avaliação a estagiária utilizou a Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP) e a Escala de Intensidade de Apoios (EIA) para o Estudo de Caso 1 (M.X), uma Check List construída pela estagiária a partir da ECAP para o Estudo de Caso 2 (M.R), e o Exame Geronto-Psicomotor (EGP) para o Estudo de Caso 3 (E.R).

Importa salientar que devido à inexistência de plano individual terapêutico para os clientes que foram alvo do estudo de caso, estas avaliações serviram de base para que a estagiária delineasse o Plano Habilitativo de cada um, adequado às suas necessidades, potencialidades e dificuldades, propondo diversas estratégias a utilizar para que se conseguisse atingir todos os objetivos propostos.

Posteriormente ao processo terapêutico, a estagiária procedeu à avaliação final de resultados, através da aplicação dos mesmos instrumentos, para a comparação pré e pós interventiva, numa tentativa de perceber o que tinha sido ganho e o que se poderia ainda trabalhar, no futuro. O processo de avaliação, tal como referido anteriormente, teve como base a aplicação de alguns instrumentos, que serão apresentados em seguida.

2.4. Instrumentos de Avaliação

2.4.1. Escala de Comportamento Adaptativo (versão portuguesa) – ECAP

A Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa (ECAP) é uma adaptação das Escalas de Comportamento da AAIDD de 1993, validada e normalizada para a população portuguesa por Santos e Morato (2012a). Esta adaptação resultou de várias modificações da versão original, para que fosse o mais coerente possível com a realidade portuguesa (Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b; Santos, Morato & Luckasson, 2014). De referir que a ECAP foi criada com o objetivo principal de avaliar a independência pessoal e comunitária, os aspetos relativos ao desempenho e ao ajustamento social (que são características inerentes ao comportamento adaptativo), seguindo deste modo a escala original (Santos, 2000).

Assim sendo, a ECAP é um instrumento de avaliação que permite identificar áreas fortes e áreas fracas dos indivíduos, possibilitando a elaboração de planos habilitativos que permitam a participação total na comunidade onde estão inseridos (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a). Esta escala não se baseia exclusivamente nos conteúdos académicos aprendidos pelo indivíduo em contexto escolar, mas também nos diferentes contextos da vida quotidiana e das atitudes esperadas pelos seus pares, permitindo assim que os indivíduos se adequem e atuem mediante as condições necessárias para ser um membro ativo e integrante da Sociedade, de acordo com as suas características pessoais, a sua idade cronológica e ao grupo social ao qual pertence (Lambert, Nihira e Leland, 1993).

A ECAP destina-se a populações com ou sem DID, entre os 6 e os 60 anos de idade (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014). É de salientar que na elaboração da escala, foram tidas em conta as características comuns da DID, através da solicitação de sugestões aos técnicos que trabalhavam com a ECA, e aos que entrevistam com esta população (Santos e Morato, 2012). A escala original foca-se em 4 objetivos principais, em que o primeiro consiste em discriminar áreas fortes e fracas, o segundo em identificar os indivíduos abaixo da média em algumas áreas do comportamento adaptativo comparativamente aos pares, em terceiro acompanhar a evolução do indivíduo após a implementação de um plano habilitativo de intervenção e por fim avaliar o comportamento adaptativo para efeitos de pesquisas futuras (Lambert, Nihira e Leland, 1993).

A presente escala divide-se em duas partes principais, sendo que a primeira consiste nas competências da independência pessoal e a segunda parte prende-se com a avaliação de comportamentos desviantes (Lambert, Nihira e Leland, 1993). A primeira parte aborda a independência pessoal do sujeito, por forma a avaliar as suas competências ao nível da autonomia, e responsabilidade nas atividades diárias normativas (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014). Consequentemente a primeira parte da escala é composta por 10 domínios que compreendem: Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização, que posteriormente se dividem em 18 subdomínios (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014). Por sua vez, a segunda parte da escala engloba os comportamentos sociais, ou seja a capacidade adaptativa a problemas de personalidade e controlo comportamental, dividindo-se assim em 8 domínios: Comportamento Social, Conformidade, Não Merecedor de Confiança, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, Comportamento Sexual, Comportamento Autoabusivo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal com Perturbações (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014).

Com base nos domínios apresentados, a ECAP apresenta 5 fatores que fazem parte deste processo de avaliação (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014). O fator 1 diz respeito à Autossuficiência Pessoal, através dos domínios da autonomia e desenvolvimento físico, o fator 2 aborda a Autossuficiência na comunidade, através dos domínios da autonomia, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade doméstica e pré-profissional, o fator 3 trata a Responsabilidade Pessoal e Social, através dos domínios da atividade pré-profissional, responsabilidade, personalidade e socialização, o fator 4 compreende o Ajustamento Social, através dos domínios do comportamento social, conformidade, não merecedor de confiança, e ajustamento pessoal, onde são postos em causa vários comportamentos e relação com o outro, por último, o fator 5 comporta o Ajustamento Pessoal, através dos domínios do comportamento estereotipado/hiperativo, sexual, autoabusivo e comportamento interpessoal perturbado (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014).

Concluindo, a ECAP deve ser aplicada por uma pessoa devidamente preparada e/ou por Técnicos de Educação Especial, Psicomotricistas, ou outro técnico com competências e formação específica para a sua utilização, para além que se deve preferenciar a observação direta ou uma entrevista a um indivíduo que conheça bem o sujeito avaliado, tendo em conta as suas dificuldades e capacidades em diversos contextos (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014). A salientar que os mesmos autores defendem que a ECAP não deve ser sobrevalorizada perante outros instrumentos ou técnicas de avaliação, caracterizando-se assim como uma ferramenta complementar do processo de avaliação (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos et al., 2014).

2.4.2. Escala de Intensidade de Apoios – EIA

A Escala de Intensidade de Apoios resulta de uma tradução realizada em 2007, da *Supports Intensity Scale*, criada por Thompson e colaboradores em 2004 e tem como principal objetivo avaliar a quantidade e intensidade dos apoios necessários na DID (Thompson et al., 2004). Esta escala foi traduzida em cerca de 10 línguas e tornou-se uma ferramenta essencial para realizar uma avaliação global das necessidades dos indivíduos com DID e na prestação dos serviços que estes necessitam através do perfil e da sua intensidade, levando deste modo, à elaboração de planos de apoio eficazes (Thompson et al., 2009).

Esta avaliação permitirá apoiar o desenvolvimento global dos indivíduos com DID, com idades compreendidas entre os 16 e os 60 anos de idade, e ainda os seus desejos, permitindo que se tornem produtivos a nível financeiro, que participem em atividades sociais levando-os a uma vida plena (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009). Para que a EIA seja administrada corretamente é fundamental que sejam cumpridos 4 critérios: utilização de uma conceção apropriada e com base na investigação; a sua administração deve ser sob formas viáveis e válidas; o seu manuseamento deve ser fácil e prático para a sua utilização em diversas situações, seja por técnicos ou por auxiliares; e deve ser aceite pelas pessoas que usam esta ferramenta e pelos indivíduos em que as dificuldades afetam as suas vidas (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009).

Ao aplicar a EIA o entrevistador deve ter sempre em conta, qual a natureza do apoio, ou seja, que tipo de serviços que seria necessário disponibilizar para que o indivíduo realizasse a tarefa com sucesso. Um dos principais objetivos da EIA não é avaliar a frequência ou a forma como a pessoa realiza a atividade, mas sim qual seria a frequência e o tipo de apoio que o indivíduo necessita para executar a tarefa com sucesso (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009). A EIA divide-se em três partes, sendo que a primeira é relativa ao tipo de apoio, a segunda destaca a frequência com que o indivíduo precisa do apoio e a terceira contempla o tempo diário de apoio que o indivíduo necessita para executar as tarefas (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009).

Em Portugal, a EIA ainda está a ser validada para a pessoa com DID (Lopes-dos-Santos et al., *in press*), e assim possibilitar um planeamento de programas interventivos adequados às necessidades desta população, perspetivando o aumento das suas capacidades funcionais em diversos contextos.

2.4.3. Check List

A presente Check List foi criada pela estagiária a partir da ECAP de Santos & Morato (2004), destacando os mesmos objetivos, ou seja avaliar a independência pessoal e comunitária e o ajustamento/desempenho social a um nível qualitativo. A construção desta Check List, prendeu-se com a necessidade de encontrar um instrumento de avaliação que fosse adaptado às capacidades/dificuldades de uma pessoa com cadeira de rodas e com uma grande necessidade de apoios de terceiros.

Desta forma, foram retirados alguns domínios e subdomínios da escala original, pois estes não se aplicavam à situação da cliente, sendo que permaneceram os domínios da autonomia (na alimentação e higiene), desenvolvimento físico, desenvolvimento motor, saúde e segurança, desenvolvimento da linguagem, compreensão numérica e temporal e comportamentos estereotipados, hiperativos, auto-abusivos e sexuais. A Check List é apresentada no anexo 6.

2.4.4. Exame Geronto-Psicomotor – EGP

O EGP é um instrumento de avaliação para gerontes e foi criado em 2011 por Michel, Sopplesa e Albaret, em França, neste momento encontra-se a ser validado para a população portuguesa e foi traduzido em 2012, por Morais, Fiúza, Santos e Lebre (Michel, Sopplesa e Albaret, 2011; Morais, Fiúza, Santos & Lebre, 2012; Morais, Santos e Lebre, 2016).

Este instrumento permite avaliar as capacidades psicomotoras de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e após a sua aplicação é possível elaborar o perfil psicomotor do sujeito, que posteriormente pode auxiliar na execução de um diagnóstico médico e/ou na implementação ou reforço de um programa de intervenção que vá de encontro às necessidades e características individuais do geronte (Michel et al., 2011).

O EGP é composto por 17 itens que avaliam os seguintes domínios: equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico, mobilizações articulares dos membros superiores e inferiores, motricidade fina dos membros superiores e inferiores, praxias, conhecimento das partes do corpo, vigilância, memória perceptiva, domínio espacial, memória verbal, percepção, domínio temporal, comunicação verbal e não-verbal (Michel et al., 2011). De referir, que cada item é constituído por tarefas que podem ser cotadas com 0, 0.5, 1, 1.5, 2 ou 3 e que para cada domínio a pontuação máxima é de 6 valores, esta cotação é obtida mediante o desempenho do geronte aquando a execução das tarefas durante o momento estipulado para a avaliação (Michel et al., 2011; Morais et al., 2012; Morais, Santos e Lebre, 2016).

A aplicação deste instrumento de avaliação, demora cerca de 60 minutos, no entanto pode ser aplicada toda de uma só vez, ou repartida em dois momentos, sendo que o avaliador pode adaptar a ordem dos itens, segundo o indivíduo a ser avaliado ou preferência do avaliador (Michel et al., 2011; Morais et al., 2012; Morais, et al., 2016). O espaço para a avaliação não necessita de ser muito amplo, e a sua execução pode ser em contexto institucional ou domiciliário, de referir ainda que algum do material é fornecido pelo teste completo, e que o avaliador deverá adquirir ou construir o restante (Michel et al., 2011; Morais et al., 2012; Morais et al., 2016).

Quanto às suas características psicométricas, o EGP apresenta bons valores de consistência interna pelo alfa de Cronbach, quer por domínios, quer pelo total dos testes, demonstram valores de $\alpha > .80$ e $\alpha = .92$, respetivamente, sendo este último superior ao estudo original (Morais, Santos & Lebre, *in press*). Os resultados obtidos foram excelentes, e a estabilidade temporal, através da análise da técnica teste-reteste variou entre .60 e .92 o que também se consideram valores moderados e muito fortes do ponto de vista correlacional, sendo que o coeficiente para a pontuação total, que correlaciona todas as interclasses apresenta um valor de .97 (Morais et al., *in press*).

Por último, o indivíduo a ser avaliado ou um responsável pelo mesmo, deve consentir e ter todas as informações sobre o processo, sendo que a confidencialidade de todas as informações obtidas deve ser garantida, e no final da aplicação o avaliador deve informar os indivíduos sobre os resultados alcançados, mais propriamente os positivos e as dificuldades mais evidenciadas (Morais et al., 2012).

2.5. Objetivos da intervenção psicomotora

Devido ao facto da maioria das intervenções da estagiária serem em contexto grupal, torna-se relevante abordar os objetivos da intervenção e estratégias a utilizadas em cada área de intervenção e com cada grupo, pois as competências e capacidades variam, bem como as suas necessidades cognitivas, motoras, psicomotoras, sociais e comportamentais.

Através do tempo dedicado à observação da dinâmica da instituição, dos clientes e posterior avaliação, foi possível identificar quais as dificuldades, necessidades e expectativas inerentes a cada cliente e perceber de que forma é que em grupo seria possível diminuir e colmatar essas dificuldades e necessidades, indo de encontro aos gostos, vontades e metas individuais, maximizando as suas potencialidades.

Os grupos apoiados pela estagiária eram constituídos, na sua maioria por adultos, em menos quantidade por jovens e um grupo distinto de gerentes. Desta forma, todas as atividades desenvolvidas foram ao encontro da sua faixa etária e das suas capacidades, objetivando a manutenção das competências já adquiridas. A intervenção teve como objetivo primordial, potenciar as áreas fortes e desenvolver as áreas fracas, preservando as habilidades interiorizadas e minimizando as consequências do processo de envelhecimento e perda de habilidades.

A intervenção da estagiária teve como base a estimulação cognitiva, maximização de capacidades motoras, manutenção e potencialização da funcionalidade, promoção de relações interpessoais, integração na sociedade, desenvolvimento de competências de controlo emocional, estimulação de comportamentos adequados e estratégias de atuação em diversos contextos.

No **Desenvolvimento Pessoal e Social**, para o grupo 1A, as atividades a desenvolver centravam-se nos seguintes objetivos consoante o tema a ser trabalhado:

- **Resolução de problemas e gestão de conflitos** – interiorizar e respeitar regras sociais; promover a aquisição de comportamentos positivos; identificar e utilizar comportamentos assertivos em diferentes contextos sociais; desenvolver estratégias para identificar situações de conflito; trabalhar e adquirir competências para a resolução dos conflitos; desenvolver a capacidade de autocontrolo e a perceção de uma eficácia pessoal; identificar formas ajustadas de agir, reagir e atuar em diversas situações; maximizar a autoconfiança e a autonomia;
- **Segurança na rua, no recinto ocupacional e em casa** – maximizar a autonomia; identificar situações de perigo; saber como pedir ajuda a outrem; seguir instruções/recomendações em situações de perigo; reconhecer alguns sinais de trânsito para peões; saber como passear na rua em segurança; saber contactos de emergência públicos e/ou de pessoas próximas; identificar saídas de emergência no recinto ocupacional; aprender comportamentos a adotar em situações de emergência.

Para o grupo 1B os objetivos também se subjugavam ao tema a ser desenvolvido, tratando-se do seguinte:

- **As quatro emoções primárias** – identificar as emoções (feliz, triste, zangado, assustado); trabalhar a expressão facial e corporal; desenvolver a capacidade de jogo simbólico; potenciar e treinar competências de atenção, concentração, memória e raciocínio; partilhar emoções; promover a competência de compreensão dos sentimentos dos outros;
- **Habilidades Sociais Básicas** – interiorizar e respeitar regras sociais; promover a aquisição de comportamentos positivos; desenvolver competências de relacionamento interpessoal e de socialização; identificar e utilizar comportamentos assertivos em diferentes contextos sociais; distinguir a família, dos amigos, e técnicos e/ou colaboradores do C.A.O. Estas sessões são compostas por um diálogo inicial, ativação geral, dinâmica prática, relaxamento e diálogo final, tem a duração de 45 minutos e a presença de 2 Técnicos (Psicomotricista e Técnica de Ação Social) mais 1 Ajudante de Reabilitação sempre que possível, de referir que a cada ano é efetuado um Plano Anual de Atividades no qual se propõem e planeiam novos temas a serem tratados, desde o momento que os anteriores estejam consolidados.

Na **Atividade Motora em Ginásio**, os grupos 2A e 2B, apesar de apresentarem capacidades funcionais e motoras distintas, tinham os mesmos objetivos com a sua frequência ao ginásio. Desta forma, destaca-se: a manutenção e melhoria da condição física; trabalho de reforço muscular; promoção da atividade física; estimulação da autoestima e da autoconfiança; desenvolver o interesse dos clientes por manter estilos de vida saudável. Importa referir que cada cliente tinha um plano de exercícios adaptados às suas necessidades e capacidades, e que aquando a sua permanência no ginásio eram acompanhados pela estagiária, por um técnico de exercício físico e saúde, sempre que possível, e por um ajudante de reabilitação.

Nas **Multiatividades** o grupo 3, por ser constituído por um conjunto de clientes menos autónomos, necessitava de algum apoio e as suas dificuldades evidenciavam-se com bastante relevância no seu dia-a-dia. Desta forma, os objetivos traçados para esta população, no contexto de ginásio e exploração da natureza foram os seguintes: promover a coordenação motora global; maximizar o equilíbrio; trabalhar noções corporais; planificar os movimentos através da relação-conceção e execução; maximizar o bem-estar pessoal e a qualidade de vida; estimular estilos de vida saudáveis; adquirir hábitos de prática de condição física; capacitar para o aumento da autonomia, autoestima e autoconceito; promover a cooperação e a superação das pessoas com dificuldades intelectuais; conhecer e valorizar as próprias possibilidades de resistência e capacidade motriz; promover relações intra e inter grupais; potencializar conhecimentos do quotidiano; aumentar a prática de atividades de contacto com a natureza. Estas sessões foram compostas por um diálogo inicial, ativação muscular, jogo de grupo interativo, circuito funcional, relaxamento e diálogo final.

No **atletismo**, ou seja, o grupo 4, é composto na sua maioria pelos clientes mais autónomos do CAO e apesar de ser uma prática de competição os seus objetivos não se resumiam a essa facto, mas sim a muitos outros, tais como: conhecer, praticar, aprender e desenvolver diferentes disciplinas do atletismo; estimular a iniciação ao desporto; melhorar a condição física; desenvolver as habilidades motoras; promover o bem-estar e a qualidade de vida; maximizar a autonomia, autoestima e o autoconceito; promover a cooperação e a sua superação; aprimorar o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social; respeitar os colegas, promovendo o espírito de cooperação; promover a melhoria das competências específicas de cada disciplina com vista a garantir bons resultados nos torneios e campeonatos. De referir que os clientes pertencentes a este núcleo, tiveram a possibilidade de participar em torneios de ilha, em campeonatos regionais, com jovens adultos de todo o arquipélago e posterior acesso a provas nacionais, europeias e mundiais se se destacarem nas classificações.

Na **Estimulação Sensorial**, com o grupo 5, constituído por um número mais restrito de clientes menos autónomos e com uma grande necessidade de apoio por parte de terceiros, foram traçados objetivos simples e que se manterão durante algum tempo: desenvolver a atenção e a capacidade de concentração nas atividades propostas; maximizar a compreensão verbal; estimular a motricidade fina; trabalhar noções corporais; estimular aprendizagens do quotidiano; diminuir comportamentos desajustados; estimular o sistema propriocetivo e sensorial; promover o relaxamento corporal. As intervenções de estimulação sensorial foram individuais (técnico-cliente) e constituídas por um diálogo inicial, atividade prática, relaxamento e diálogo final e tinham a duração máxima de 30 minutos, salvo alguma exceção.

Na atividade de **Gerontopsicomotricidade** (grupo 6) os objetivos foram traçados com base num grupo muito heterogéneo, pelo que a estagiária optou por trabalhar durante todo o período de intervenção um conjunto de objetivos gerais que pudessem ir ao encontro das dificuldades e necessidades individuais de cada cliente. Os objetivos propostos foram a manutenção da funcionalidade, estimular um estilo de vida ativa, trabalhar a marcha, maximizar a consciencialização corporal, estimular a

coordenação motora, desenvolver a força, resistência e amplitude muscular. As sessões de gerontopsicomotricidade tinham uma duração de 45 minutos e era composta por diálogo inicial, aquecimento muscular, atividades dinâmicas, retorno à calma e diálogo final.

Após o processo de intervenção psicomotora importa referir os seus principais resultados bem como as metas atingidas com a intervenção.

2.6. Resultados do Processo de Intervenção Psicomotora

Em qualquer processo interventivo deve ser efetuada uma revisão ou balanço do trabalho realizado, pois só assim é possível identificar resultados ou possíveis modificações, caso os resultados não sejam os esperados a fim de atingir melhorias. Posto isto, importa referir que a intervenção psicomotora efetuada pela estagiária pareceu ter tido um efeito positivo tanto para os clientes do CAO, como para a estagiária. Ao longo de toda a intervenção, a estagiária fez os possíveis para apresentar sempre atividades diversificadas e que fossem ao encontro dos gostos dos clientes. Desta forma, os clientes criaram uma motivação inerente às sessões organizadas pela estagiária, demonstrando interesse pelas atividades experienciadas, mais especificamente, nas Multiatividades.

Analisando agora os diversos contextos, pode-se fazer uma exposição sumária dos resultados. No Desenvolvimento Pessoal e Social no que respeita ao grupo 1A, verificou-se uma evolução a nível da comunicação, participação e sentido de responsabilidade. Os clientes adquiriram a capacidade de identificar situações problema e encontrar estratégias para a sua resolução, através do autocontrolo, comportamento assertivo, capacidade de socialização, respeito pelo outro e raciocínio lógico. Este grupo também desenvolveu competências de autonomia relativamente aos comportamentos a ter em espaços exteriores públicos, em situações de perigo, bem como no reconhecimento de normas para transitar na via pública como peão. Quanto ao grupo 1B, os clientes apesar de apresentarem grandes dificuldades, adquiriram a destreza para identificar emoções, bem como associá-las a diversas situações reais e aos sentimentos do outro, também foram desenvolvidas competências sociais básicas e respeito por regras sociais.

Nos grupos 2A, B e no grupo 3, no que reporta à atividade motora em ginásio e ao atletismo, foram alcançados a maioria dos objetivos propostos, por serem dinâmicas de grande interesse para os clientes, tendo-se denotado bastante motivação e prazer ao realizá-las. Como resultados, foram observadas melhorias na condição física dos clientes, aumento do seu interesse pela atividade física e um estilo de vida saudável, que posteriormente se repercutiu num aumento da autoestima e autoconfiança de alguns clientes, bem como a satisfação com eles próprios. No Atletismo, alguns dos cliente conseguiram alcançar bons resultados nas provas realizadas, o que estimulou a continuação da prática desportiva e aumento do empenho individual, de referir ainda, que o reconhecimento por bons resultados é motivo de grande alegria e prazer para os clientes.

Nas Multiatividades, com o grupo 3 observou-se um aumento da coordenação motora global, da capacidade de organização e memorização de tarefas, da funcionalidade, integração de feedbacks, resolução de desafios, e superação de dificuldades. Estes resultados foram atingidos através de jogos de equipa, treino funcional, aumento gradual da dificuldade do exercício e adaptação das atividades às características do grupo ou de algum cliente com dificuldades mais específicas.

A Estimulação Sensorial foi a área que não apresentou tantos resultados, pois compreende um conjunto de clientes com necessidades de apoio permanente e com grandes dificuldades, pelo que os momentos destinados à relaxação foram aqueles

que proporcionaram situações de satisfação e calma aos clientes, tendo um impacto vantajoso a diversos níveis.

Com as sessões de Gerontopsicomotricidade (grupo 6), a estagiária conseguiu captar o interesse desta população para a prática de exercício, pelo menos uma vez por semana. Estas sessões proporcionaram a este grupo de gerontes momentos descontraídos, prazerosos, de alegria e satisfação, pois chegado o dia da sessão havia alvoroço até ao começo da mesma. Através das atividades executadas pela estagiária foi possível preservar funcionalidades remanescentes e diminuir dificuldades diárias, salvo algumas exceções em que o aparecimento de condições de saúde adversas assim o impediram. Ao longo da intervenção, a estagiária sentiu que era acarinhada pelos gerontes e que estes gostavam bastante das suas sessões, companhia e atenção, o que por si só é um resultado positivo.

Todos os resultados descritos anteriormente, não foram avaliados quantitativamente, mas sim qualitativamente pela equipa técnica em todas as suas reuniões semanais, em que se abordavam todas as áreas técnicas, progresso dos clientes, dificuldades do técnico responsável e estratégias a utilizar, de forma a colmatar essas mesmas dificuldades.

Importa também mencionar que ao longo do processo de intervenção os objetivos e metas a cumprir foram revistos com a orientadora local, para a formatação de novas estratégias, sempre que necessário, e definição de novas formas de atuar em diversos contextos ou situações específicas não planeadas.

Por último, é essencial referir que todo o estágio representa uma positiva experiência para a estagiária, pois assim foi possível que a estagiária assimilasse um conjunto enorme de aprendizagens e crescesse enquanto psicomotricista, através da aquisição de novas competências profissionais, maximização da sua assertividade e capacidade de atuar em diversos contextos e desenvolvimento da sua intervenção.

2.7. Atividades complementares realizadas durante o estágio

Neste ponto serão descritas todas as atividades complementares realizadas durante o estágio curricular no CAO da SCMM. Algumas destas atividades dirigiram-se essencialmente aos clientes do CAO, outras proporcionaram momentos de integração social em diversos contextos, criação de relações interpessoais, desfrutos de momentos de lazer, possibilidade de participar em práticas desportivas e, por último algumas atividades permitiram a exposição e/ou venda dos produtos criados no CAO. Desta forma, serão agora descritas todas essas atividades:

- Feira Comercial da Associação de Comercio da Ilha do Pico, realizada nos dias 14, 15 e 16 de novembro de 2014, em que o CAO teve como objetivo expor e vender os produtos executados e criados pelos clientes. Esses produtos são o fruto dos ateliês de Artes e Decoração, Carpintaria, Cozinha de treino e Sala Ecológica. A atividade decorreu de uma forma positiva, mas apenas teve a participação dos colaboradores do CAO devido ao seu horário pós-laboral e por ser ao fim-de-semana.
- Exposição e Feira Comercial na Câmara Municipal da Madalena efetuada em prol da comemoração do Dia Internacional da Pessoa com Deficiência. Esta atividade decorreu durante a semana de 1 a 5 de dezembro de 2014, na qual participaram alguns dos clientes do CAO, bem como os colaboradores do mesmo. Assim, pretendeu-se divulgar à sociedade os produtos criados pelos clientes do CAO nas suas atividades ocupacionais.

- Comemorações do Dia Internacional da Pessoa com Deficiência no dia 3 de dezembro de 2014, foi oferecido a todos clientes do CAO um lanche na “Pastelaria Linu”, e no dia 18 de dezembro de 2014 a Câmara Municipal da Madalena proporcionou aos clientes do CAO um almoço no restaurante “O Acoradouro”. A estagiária teve a função de acompanhar e apoiar os clientes em tudo o que fosse necessário; de referir que todos desfrutaram de ambos os momentos, sendo que se denotava bastante alegria e boa disposição.
- Espetáculo de comemoração do Dia Internacional da Pessoa com Deficiência, realizado a 5 de dezembro de 2014, esta atividade teve como objetivo mobilizar toda a sociedade para visualizar um espetáculo de dança protagonizado por alguns clientes do CAO. Esta apresentação intitulou-se “4 elementos” onde o vento, o fogo, a água e a terra foram expressados através da dança e da expressão corporal. A estagiária apoiou os clientes na organização de todo o *background* durante o espetáculo, dando assistência física e verbal. A atividade teve um balanço bastante positivo, contou com a participação da maioria dos clientes e colaboradores do CAO e proporcionou um momento de convívio e partilha entre os clientes, os seus familiares e colaboradores.
- Corrida dos Reis, efetuada no dia 18 de janeiro de 2015, na qual participaram alguns dos clientes do CAO. Este evento é realizado todos os anos desde 1990, envolve uma boa parte da comunidade picoense, onde está incluída toda a organização, participantes da comunidade escolar, associações recreativas e espectadores. A corrida é composta por vários escalões, desde os mais pequeninos aos mais graúdos e pessoas com DID. O balanço da participação do CAO foi bastante positivo e a estagiária teve a função de acompanhar e apoiar todos os clientes, pois sendo uma das responsáveis pelos núcleos de atividade física.
- Torneio de Ilha de Atletismo, realizado no dia 13 de Março de 2015, na pista de atletismo de São Roque do Pico, no qual participaram os clientes do núcleo de atletismo, composto por 9 clientes, treinados pela estagiária. Neste torneio os clientes do CAO competiram nos 80, 200 e 1000 metros e no lançamento de peso. A sua prestação foi satisfatória e teve como objetivo ajudar a selecionar os clientes a participar no Torneio Regional e familiarizar alguns principiantes com a prática competitiva. A estagiária foi a responsável pelos clientes, bem como pela sua orientação e apoio/ajuda em todas as provas.
- Palestra Turismo Acessível: oportunidades e desafios, efetuada dia 19 de março de 2015, no Salão Nobre da Câmara Municipal da Madalena. Esta palestra foi presenciada por pessoas com influência no turismo da ilha e que fazem dele, base de sustentação das suas vidas. Participaram alguns clientes do CAO, mais concretamente os que estão inseridos no Núcleo de Atividade Motora Adaptada e Exploração da Natureza. De referir que algumas das atividades acessíveis e adaptadas apresentadas foram inauguradas e experienciadas por alguns dos clientes do CAO.
- Open de Orientação, realizado a 26 de março de 2015, na Zona do Cachorro/Lajido, no Concelho da Madalena, esta prova de orientação envolveu 3 equipas de 3/4 elementos, mais um monitor acompanhante. Cada elemento recebeu um mapa onde estavam marcados pequenos círculos que correspondiam a pontos de controlo, materializados no terreno pelas “balizas” (prismas de cores laranja e branca), que estavam acompanhadas de um pequeno picotador, com o qual cada equipa deveria picotar o seu cartão de controlo aquando a passagem por cada ponto. A atividade correu como previsto tendo sido alcançados todos os objetivos, com resultados positivos. Os clientes demonstraram uma grande

satisfação e alegria durante toda a atividade, sendo que todos participaram da forma mais autónoma possível, tendo sido auxiliados pelos monitores apenas em situações extremamente necessárias. A estagiária teve a responsabilidade de organizar a atividade em conjunto com um colaborador do Serviço de Desporto da Ilha do Pico, e durante a atividade atuou como monitora de um dos grupos.

- Campeonato Regional de Desporto Adaptado, realizado a 10, 11 e 12 de abril de 2015 na ilha Terceira, no Estádio "João Paulo II", organizado pela Associação de Atletismo da Ilha Terceira, com o apoio das Associações de Atletismo da Região Autónoma dos Açores e da Direção Regional do Desporto. Este campeonato tem como objetivos potenciar a prática desportiva, aumentar o número de atletas com DID, possibilitar a participação dos atletas em provas ao nível nacional, bem como maximizar os benefícios da prática desportiva. Estiveram presentes 6 clientes do CAO da SCMM, os quais obtiveram resultados satisfatórios, sendo que a sua participação no geral foi bastante positiva. Desta forma, a estagiária acompanhou os clientes, apoiando-os durante todas as viagens aéreas e terrestres, atividades, provas e auxiliando em outras situações, tais como, refeições, higienização, organização de objetos pessoais, entre outros.
- Open de Orientação, realizado a 21 de maio de 2015, na Zona da Areia Larga/Criação Velha, no Concelho da Madalena, esta prova de orientação envolveu 3 equipas de 3/4 elementos, mais um monitor acompanhante. Cada equipa recebeu 2 mapas onde estavam marcados pequenos círculos que correspondiam a pontos de controlo, materializados no terreno pelas "balizas" (prismas de cores laranja e branca), que estavam acompanhadas de um pequeno picotador, com o qual cada equipa deveria picotar o seu cartão de controlo aquando a passagem por cada ponto. A atividade teve um balanço final positivo. Os clientes demonstraram uma grande satisfação e alegria durante toda a atividade, sendo que todos participaram da forma mais autónoma possível, tendo sido auxiliados pelos monitores apenas em situações extremamente necessárias. A estagiária teve a responsabilidade de organizar a atividade em conjunto com um colaborador do Serviço de Desporto da Ilha do Pico, e durante a atividade atuou como monitora de um dos grupos.

CAPITULO 3 – Apresentação dos Estudos de Caso

De acordo com o RACP (2014), a estagiária teria que apresentar 1 estudo de caso, no entanto, optou-se por 3, devido à sua permanência no CAO e no Lar da SCMM. Assim, no que respeita aos estudos de caso do CAO, a orientadora local propôs um cliente e sugeriu que a estagiária escolhesse outro, perfazendo assim 2 estudos de caso no CAO, por outro lado, no Lar, a estagiária em conjunto com a Gerontóloga da instituição decidiram qual o cliente que se enquadrava melhor para estudo de caso.

Tal como já foi referido anteriormente estes 3 clientes encontravam-se inseridos em diversos grupos e contextos de intervenção, a sua maioria organizados pela estagiária e outros técnicos da instituição. Importa também referir que semanalmente a estagiária fazia intervenção individual com os estudos de caso apresentados concomitantemente ao resto das atividades.

Desta forma, foi efetuada uma avaliação inicial, delineamento de um plano interventivo, intervenção prática, e avaliação final, perspetivando as principais dificuldades de cada cliente, bem como os seus gostos e expectativas pessoais. De seguida, serão apresentados os 3 estudos de caso selecionados, bem como toda a informação recolhida dos seus processos individuais, cedidos pela Diretora Técnica do CAO. De referir que todo o processo de recolha de informação cumpriu regras específicas, procedimentos éticos e profissionais, apresentando apenas o necessário para o estudo de caso, e permanecendo a identidade dos clientes no anonimato.

3.1. Apresentação do Estudo de Caso 1 (M.X)

3.1.1. Dados da Anamnese do Cliente

A cliente M.X nasceu a 11 de agosto de 1990, encontra-se neste momento com 24 anos e 5 meses e reside com os seus pais no Concelho de São Roque do Pico. A cliente apresenta no seu diagnóstico DID Moderada e Perturbação Motora decorrentes de um Neuroblastoma Pélvico, ao qual foi operada e que provocou uma Síndrome de Opsodonus Mioclonus de onde resultaram as dificuldades psicomotoras que impedem que a cliente evolua na aprendizagem a um ritmo adequado.

Esta Síndrome é uma condição autoimune rara, caracterizada pela degeneração cerebelar, que posteriormente pode resultar em dispraxia, disartria, disfagia, hipotonia, letargia e outros problemas decorrentes de disfunções do desenvolvimento, cognitivas e neurológicas (Scarff et al., 2011).

No que concerne às características da gravidez, esta foi planeada, teve uma duração de 40 semanas e a mãe sentiu-se sempre bem. O parto foi normal, durou 45 minutos, o seu peso foi de 3,930kg, 52 centímetros de comprimento e cor arroxeadada. Após o parto a M.X. teve vômitos e cólicas frequentes.

Relativamente ao seu historial clínico, a cliente apresenta estrabismo e epilepsia, aos onze meses, como referido anteriormente, foi detetado um Neuroblastoma Pélvico, através de febres, motivo pelo qual foi hospitalizada um grande número de vezes e sujeita a cirurgias no Hospital Dona Estefânia. Em criança teve convulsões, varicela, otites, infeções urinárias e gripes frequentes. De referir ainda que a cliente teve fisioterapia, mas não gostava de ir nem colaborava, e terapia da fala. Ao nível desenvolvimental, a cliente começou a andar por volta dos oito/nove anos e teve enurese noturna até aos dezoito anos.

No seu percurso escolar esteve na creche dos 2 aos 6 anos, posteriormente integrou o 1ºciclo, onde começou a ter apoio pedagógico aos 7 anos de idade, de seguida frequentou a Escola Básica e Secundária de São Roque sem aproveitamento, integrando finalmente o Centro de Atividades Ocupacionais da SCMM.

O ambiente familiar é harmonioso, existe proximidade e carinho com os progenitores, sendo que mantém boas relações familiares, apresenta também uma relação muito próxima com a avó materna, pois referencia-a várias vezes. Atualmente, a medicação tomada engloba o Displexil em proporções de 200mg/ml, ao pequeno-almoço e ao deitar, para o controlo da epilepsia.

Relativamente ao seu Plano Individual de Intervenção elaborado pelos técnicos do CAO da SCMM, destacam-se os seguintes objetivos: melhorar a sua qualidade de vida, no que respeita a todo o seu desenvolvimento pessoal; otimizar o seu bem-estar emocional, psicológico e físico; manter e maximizar as suas capacidades psicomotoras; promover relações interpessoais, manter atividades ocupacionais e manter/aumentar, se possível, atividades de intervenção técnica especializada.

3.1.2. Resultados da Avaliação Inicial/Pré-Interventiva (ECAP e EIA)

A avaliação foi efetuada pela estagiária, através da Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa e da Escala de Intensidade de Apoios, já caracterizadas anteriormente. De seguida são apresentados os resultados obtidos e a sua análise.

No que respeita à Autonomia na alimentação, utilização da casa-de-banho, higiene, aparência, cuidados com o vestuário, vestir e despir e deslocação, a M. come sozinha com os talheres, apesar de entornar parte da comida, sendo que utiliza um adaptador de borda externa para o prato, bebe por um copo sem ajuda, entornando, por vezes, bebida. Nas suas maneiras à mesa, a cliente mastiga de boca aberta se não lhe chamarem à atenção, fala de boca cheia, come demasiado devagar e faz birras frequentes para não comer o lanche da manhã. A cliente não necessita de apoio para comer, contudo por vezes é necessário cortar alguns alimentos mais difíceis. No que respeita à utilização da casa-de-banho a M.X é totalmente autónoma. Na sua higiene, lava as mãos e os dentes sozinha, todavia para lavar a cara, tomar banho geral e limpar/cortar as unhas necessita de algum apoio. Nas tarefas de despir/vestir e calçar, consegue executá-las sozinha, sendo necessário apenas pouco reforço verbal; contrariamente, nos cuidados com o vestuário, tais como, lavar/secar, arrumar a roupa é necessário apoio, à exceção da tarefa de dobrar a roupa. Na deslocação, a cliente tem autonomia para se deslocar nas imediações da sua casa, sabe atravessar a estrada sozinha e tem consciência de possíveis perigos inerentes a diversas situações. No entanto é necessário bastante apoio no que respeita às atividades da vida comunitária, tais como fazer compras, deslocar-se de transportes públicos e participar em atividades recreativas e lazer.

No domínio do Desenvolvimento Físico, não apresenta dificuldades em ver e ouvir, no equilíbrio apesar de ter cotação máxima na ECAP, denota dificuldades em equilibrar-se durante a marcha. Na coordenação oculo-manual/podal a Marisa apresenta várias dificuldades de execução em diversas tarefas e na praxia fina.

No que respeita à Atividade Económica não apresenta qualquer autonomia nem conhecimento no manuseamento de dinheiro, utilização de serviços bancários, recursos de pagamento, planificação da utilização do dinheiro e compras. Relativamente ao Desenvolvimento da Linguagem, sabe expressar-se, compreende instruções e mantém uma conversa com o outro, apesar de algumas dificuldades de dicção, construção frásica, escrevendo apenas o seu nome. De referir que a cliente não tem noções numéricas nem temporais.

A M.X, no domínio da Atividade Doméstica limpa o seu próprio espaço quando lhe é solicitado, não lava a roupa apenas dobrando-a, coloca e levanta a mesa para as refeições e prepara refeições simples, tais como, cereais e sandes, pelo que a cliente necessita de apoio frequente a este domínio. Na Atividade Pré-Profissional a cliente

apenas realiza trabalhos simples, não trabalha constante e produtivamente e necessita de supervisão constante, sendo imprescindível apoio no que respeita a este item.

No que concerne à Personalidade e à Responsabilidade, a M.X é uma pessoa com pouca iniciativa, perseverança e demonstra ser pouco responsável em relação aos seus objetos pessoais, atividades atribuídas e ao nível pessoal, pelo que foram, e devem continuar a ser, trabalhadas e estimuladas. A cliente desinteressa-se facilmente pelas atividades atribuídas e não tem a noção do que é ser responsável, de uma forma geral. Na Socialização, a cliente interage facilmente com as pessoas que a rodeiam, participa em atividades de grupo de uma forma espontânea e está sempre disposta a ajudar, se solicitada, de referir que a cliente apresenta um nível baixo de maturidade social, devido ao facto de ser demasiado familiar com estranhos, fazer qualquer coisa para fazer amigos e de se referir a pessoas conhecidas como sendo seus amigos.

Nos domínios do Comportamento Social, Conformidade e Merecedor de Confiança, a M.X apresenta alguns comportamentos desajustados, i.e., a cliente arrelia e diz mal dos outros com alguma frequência, é pouco tolerante à frustração, ocasionalmente recusa-se a participar em atividades obrigatórias e não presta atenção a instruções, chega atrasada consecutivamente às atividades, principalmente da parte da manhã e mente e engana o outro ocasionalmente. No que reporta aos Comportamentos Estereotipado e Hiperativo, Sexual, Auto-Abusivo, Interpessoal Perturbado e Ajustamento Social, a Cliente não apresenta desajustamentos acentuados em relação à norma, no entanto são um conjunto de domínios que devem ser avaliados constantemente.

A cliente apresenta várias dificuldades nos domínios da atividade económica, números e tempo, atividade doméstica, atividade pré-profissional e responsabilidade, pois apresenta um desfazamento acentuado relativamente aos valores esperados. De referir ainda que os resultados obtidos na ECAP corroboram com os resultados obtidos na EIA, ou seja, quanto melhores as competências adaptativas (ECAP) menores as necessidades de apoio (EIA).

Na secção 1 da EIA, nas Atividades da Vida Diária em Casa, a cliente apresenta algumas necessidades de apoio, mais especificamente no que se refere às tarefas domésticas e na higiene pessoal, aparência e para se vestir, apesar de não ser necessário apoio permanente. Já nas Atividades da Vida Comunitária, a M.X necessita de apoio constante em alguns itens, sendo necessária a presença de um cuidador e/ou ajuda verbal. No que concerne às Atividades de Aprendizagem de Vida Futura, denota-se uma necessidade de apoio frequente mas pouco intenso, havendo a possibilidade de reduzir estes apoios através de uma intervenção e reforço familiar. Nas Atividades Profissionais, a M.X obteve uma pontuação média de necessidades de apoio, destacando-se a procura de informações e assistência de um empregador como o item em que o apoio teria que ser acentuado, outro aspeto que não se apresenta na escala e seria complexo para a cliente é a execução contínua de uma tarefa, pois a cliente aborrece-se muito rápido e sente uma necessidade constante de mudar de atividade (e.g.: todos os anos a cliente muda de atividade ocupacional/sala). Nas Atividades de Saúde e Segurança a M.X apenas precisa de apoio intermitente, dado ser capaz de evitar alguns riscos de saúde, tomar medicação e manter o seu bem estar-emocional. A parte das Atividades Sociais, é aquela que se destaca por uma menor necessidade de apoios, contudo nos itens iniciar e manter relações amorosas e envolver-se em trabalho de voluntariado, é necessário um apoio constante e com alguma intensidade.

Na secção 2 nas Atividades de Proteção e Representação, a cliente apresenta uma necessidade de apoio constante, dado as atividades exigirem competências ainda não adquiridas. Por último, na secção 3, a cliente não apresenta necessidades

de apoio excepcionais médicas e comportamentais, todavia é necessário algum apoio aquando a realização de curativos e serviços terapêuticos.

3.1.3. Planificação da Intervenção Psicomotora

Após a avaliação inicial da cliente, e identificação das suas dificuldades, áreas fortes e necessidades de apoio, elaborou-se um plano de intervenção, de acordo com o planeamento anual de atividades do centro. No plano de intervenção traçou-se um conjunto de objetivos gerais e específicos, pedagógicos e terapêuticos, estratégias e atividades a serem executadas pela estagiária, tendo sido elaborado de acordo com os objetivos traçados pela equipa técnica do centro e pela estagiária, após uma avaliação inicial e observação em diversos contextos, destacando-se os objetivos e metas para a cliente, nas diferentes intervenções.

Tabela 5 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos para o estudo de caso 1

	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias
Multitatividades e Sessão de Psicomotricidade Individual	Estimular e maximizar a coordenação global de movimentos;	Trabalhar o equilíbrio; Potencializar a coordenação oculo-manual/podal; Maximizar noções de lateralidade;	Apoio Verbal Apoio Físico reduzido; Feedback; Adequação/adaptação de tarefas; Instrução acompanhada de demonstração; Verbalização; Autoavaliação.
	Potencializar a funcionalidade motora;	Trabalhar a marcha; Estimular a capacidade de transpor e contornar obstáculos; Diferenciar direita/esquerda; Diminuir a hipertonía dos membros;	
	Aumentar o grau de autonomia nas atividades propostas;	Abandonar a necessidade de apoio físico; Maximizar a capacidade de lidar com as suas dificuldades;	
	Aumentar a atenção e concentração nas tarefas;	Estimular o interesse pelas atividades propostas;	
Atividade de Desenvolvimento Pessoal e Social	Promover a resolução de problemas e gestão de conflitos;	Desenvolver estratégias e competências para identificar e resolver situações de conflito; Identificar e utilizar comportamentos assertivos em diferentes contextos sociais; Interiorizar e respeitar regras sociais;	Apoio Verbal Apoio Físico reduzido; Feedback; Adequação/adaptação de tarefas; Verbalização; Autoavaliação
	Desenvolver a consciencialização de possíveis perigos na rua, em casa e recinto ocupacional.	Identificar situações de perigo; Identificar e utilizar contactos de emergência (112, bombeiros, policia, pessoas mais próximas); Aprender comportamentos a adotar em situações de emergência;	

3.1.4. Resultados da Avaliação Final/Pós-Interventiva (ECAP e EIA)

Após a conclusão da intervenção, importava fazer um balanço dos resultados da avaliação final. Tal como já foi referido anteriormente, os instrumentos de avaliação utilizados para o estudo de caso 1 foram a ECAP e a EIA. Na cotação bruta final da ECAP não houve muita diferença de resultados da aplicação pré-interventiva para a pós-interventiva (gráfico 1 e 2), o que seria de esperar pois o tempo destinado à intervenção é reduzido, devido ao facto de o estágio se limitar a um ano letivo, o que corresponde sensivelmente a poucos meses.

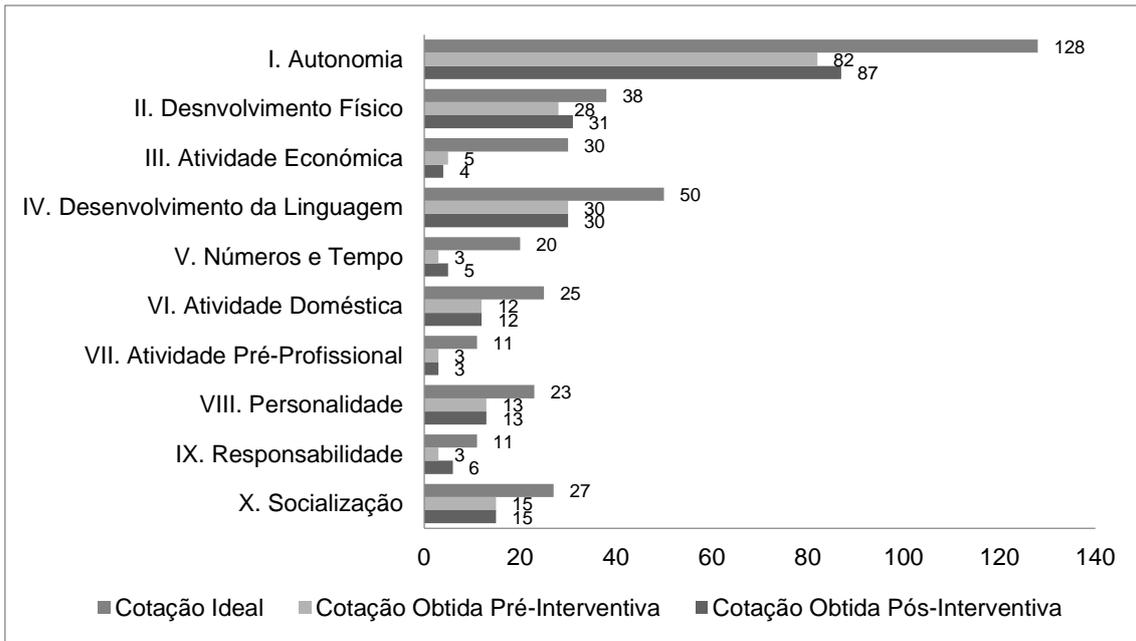


Gráfico 1 - Resultados da 1ª Parte da ECAP - Competências da independência pessoal

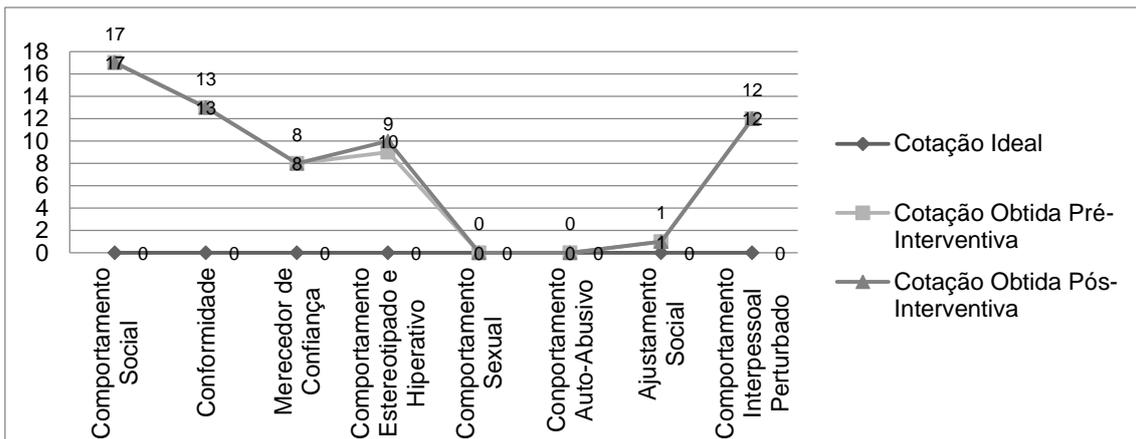


Gráfico 2 - Resultados da 2ª Parte da ECAP - Comportamentos Desajustados

No que concerne aos resultados pós-interventivos obtidos na EIA (gráficos 3, 4 e 5), pode-se referir que houve uma ligeira melhoria, que se pensa não ter sido maior, dado a duração reduzida da intervenção. Desta forma, os domínios em que se destacam melhorias são nas atividades da vida diária em casa, de aprendizagem ao longo da vida, de saúde e segurança e sociais. Na secção 2 a M.X teve uma pequena melhoria no subdomínio da autoproteção e na secção 3 os valores mantiveram-se iguais.

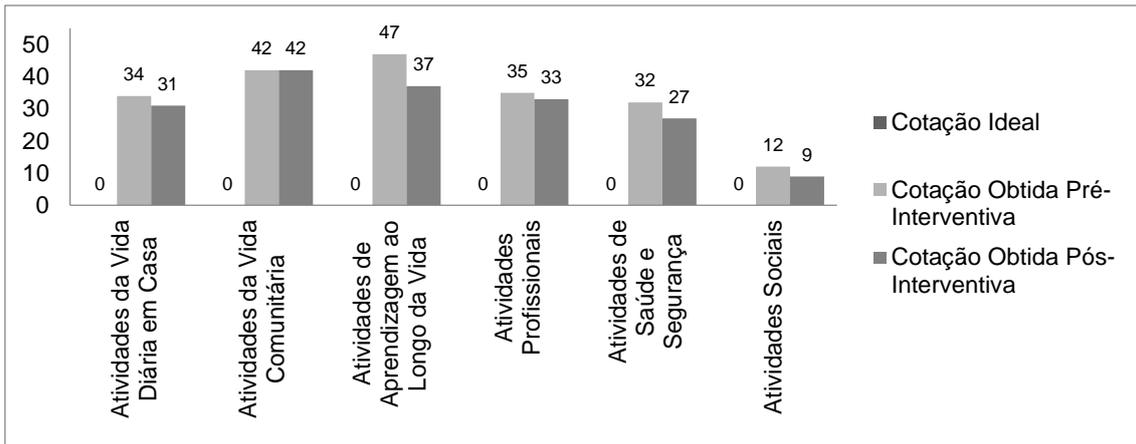


Gráfico 3 - Resultados da Secção 1 da EIA - Classificação das Necessidades de Apoio

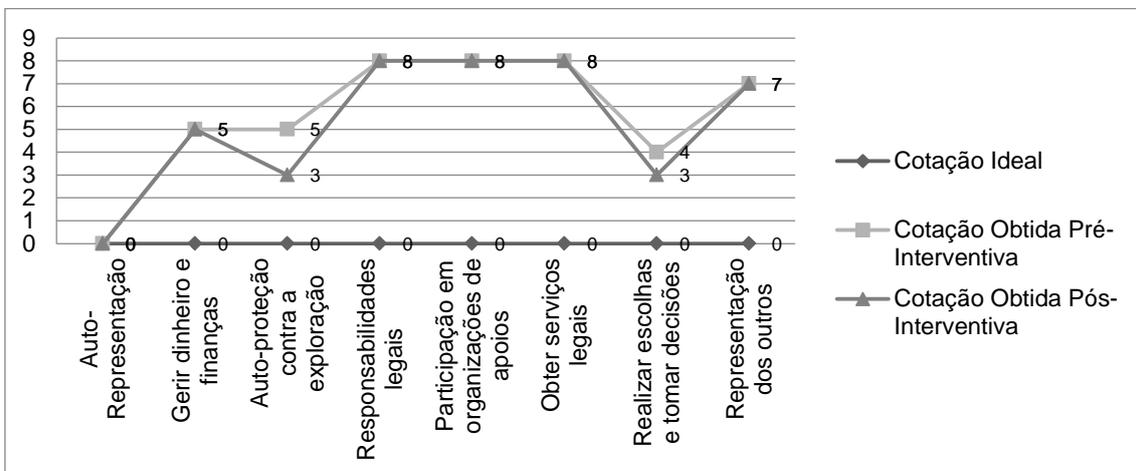


Gráfico 4 - Resultados EIA - Secção 2: Escala Suplementar de Proteção e Representação

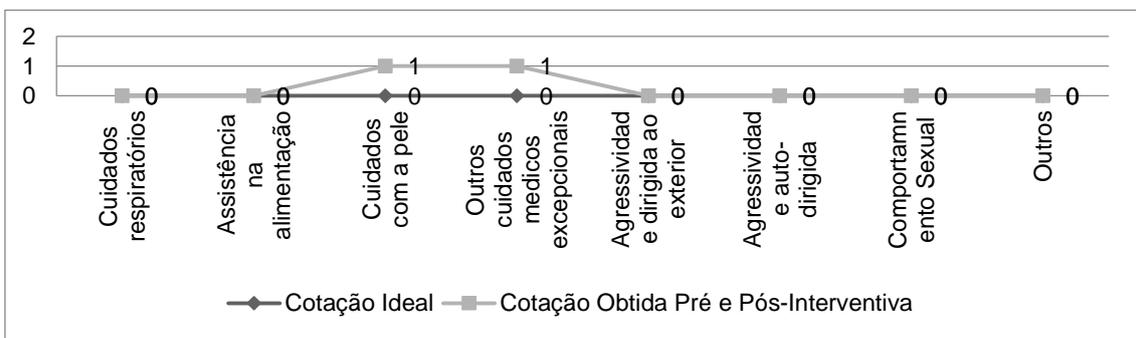


Gráfico 5 - Resultados EIA - Secção 3: Necessidades Excepcionais de Apoio Médico e Comportamental

Importa agora tentar compreender os resultados obtidos, apesar de alguns objetivos gerais, terem sido trabalhados em todas as áreas, mesmo que de uma forma não tão estruturada e específica como nas sessões planeadas pela estagiária.

Devido a alguns problemas de comportamento, ao longo da intervenção foram trabalhados aspetos de comunicação, controlo de comportamentos infantilizados, adequação comportamental nas sessões, regulação do falar constantemente com o colega do lado e/ou interrompendo a dinâmica por questões pessoais não relacionadas com o assunto a ser tratado. No final do processo interventivo, a M.X

teve um grande progresso dado o aumento do seu controlo comportamental e, conseqüentemente, do seu sentido de responsabilidade.

Nas sessões de psicomotricidade individual e Multiatividades o objetivo primordial era desenvolver a funcionalidade motora. Nesta medida, podem-se relatar alguns resultados positivos e/ou metas parcialmente alcançadas, tais como o aumento de equilíbrio, coordenação motora e controlo postural, apesar de necessitar de apoio físico com reduzida frequência. A diminuição da hipertonia muscular e de oscilações durante a marcha, traduziu-se numa pequena melhoria da marcha. No entanto, esta intervenção deve ser continuada no futuro, pois poder-se-ão atingir as metas propostas, com benefícios futuros para a M.X. Concomitantemente, denotou-se um aumento da capacidade de lidar com as suas dificuldades e da tolerância à frustração, bem como um crescente interesse pelas sessões/atividades ao longo da intervenção.

Nas sessões de Desenvolvimento Pessoal e Social, denotou-se que o tema Resolução e Gestão de Conflitos foi muito útil para a cliente, pois era o centro de muitas situações problemáticas com os colegas e com a família, e, em muitos casos, instigadas pela mesma. Com isto, a cliente adquiriu algumas competências de controlo emocional através da utilização de estratégias, desenvolveu a capacidade para identificar e solucionar essas situações, utilizar comportamentos assertivos e respeitar regras sociais. Agregado a este contexto de intervenção também foram adquiridas competências para identificar e saber como agir em situações de perigo e riscos de saúde, seja em casa na rua ou no recinto ocupacional.

De referir, que a M.X, apresenta uma necessidade acentuada de reforços positivos, de diversificação de tarefas e de propor/solicitar à estagiária os seus exercícios favoritos. Desta forma, tinha que haver uma grande organização por parte da estagiária bem como uma negociação saudável com a cliente acerca das atividades a realizar. Com o decorrer das sessões individuais foram-se tornando recorrentes as queixas de dores nas pernas e na região lombar, pelo que a técnica adotou a estratégia de efetuar um momento de relaxação mais prolongado e se necessário e execução de mobilizações articulares passivas por parte da estagiária.

Por último, mas não menos importante, torna-se relevante fazer o transfer dos resultados obtidos com a intervenção para as atividades de vida diária da cliente. Desta forma, denotaram-se aquisição de competências ao nível da utilização de estratégias a vários níveis, tais como na resolução de problemas, autorreforço e autocontrolo, o que veio facilitar as relações com os seus pares. A M.X também adquiriu capacidades de autodeterminação e resistência à frustração, sendo estas um agente facilitador à intervenção e apoio no autocontrolo emocional da cliente no seu dia-a-dia. Fazendo uma reflexão sobre a atuação da estagiária com o estudo de caso 1, pode-se afirmar que o trabalho efetuado teve um impacto positivo no dia-a-dia e na vida da cliente. Com a intervenção individual propriamente dita, a estagiária conseguiu trabalhar alguns objetivos específicos de uma forma mais detalhada e dirigida, pois nas sessões grupais os objetivos estavam mais orientados para o grupo. De referir que pelo facto de existir um momento para a intervenção de um para um, facilitou o processo interventivo da cliente e proporcionou tanto à estagiária como à cliente troca de experiências e aprendizagens, bem como a criação de uma relação técnica-cliente bastante vigorosa e recíproca.

Neste contexto, a intervenção instrumental foi predominante durante o trabalho com a cliente M.X., apesar de existirem momentos em que se deu espaço para uma intervenção relacional, ou relacional e instrumental em simultâneo. Ao nível das estratégias, foram utilizadas, normalmente, as mesmas nos dois contextos de intervenção. Em suma, nem todos os objetivos propostos foram alcançados, todavia denotou-se algumas melhorias comportamentais, de autonomia e funcionalidade motora.

3.2. Apresentação do Estudo de Caso 2 (M.R)

3.2.1. Dados da Anamnese do Cliente

A cliente M.R nasceu a 30 de outubro de 1961, tem 53 anos, reside com o pai e uma das irmãs e frequenta o CAO da SCMM diariamente. Devido à idade já avançada da cliente, as informações cedidas apresentam poucos detalhes no que respeita ao seu desenvolvimento global. A cliente apresenta um diagnóstico de Multideficiência, desloca-se através de uma cadeira de rodas e apresenta uma grande dependência de terceiros no que respeita à sua vida diária.

No que respeita às características da gravidez, esta não foi planeada, o parto foi normal e, após o mesmo, a M.R. teve vômitos e dificuldades de nutrição. A progenitora teve 5 gestações das quais resultaram uma outra filha com dificuldades motoras. Relativamente ao seu historial clínico, como foi referido anteriormente, a cliente foi diagnosticada com Multideficiência, quando tinha 1 ano e 6 meses de idade. Em criança teve papeira, bem como outras doenças posteriores, tais como, otites e gripes frequentes.

A M.R começou a ter apoio pedagógico-terapêutico desde a sua entrada no CAO, no ano de 2003. O ambiente familiar da cliente é harmonioso, havendo uma forte ligação entre os diferentes membros, os 4 irmãos da cliente contribuem para o seu bem-estar, e apesar de dois deles se encontrarem longe a cliente fala muito deles, os restantes, contribuem de forma ativa em tudo o que diz respeito às suas necessidades. Atualmente, a medicação tomada engloba o Nethergin e o Epscaprin, ao pequeno-almoço e lanche e uma injeção mensal, Triptorrilina Decpetyl, ao lanche.

Relativamente ao seu Plano Individual de Intervenção elaborado pelos técnicos do CAO da SCMM, destacam-se os seguintes objetivos: melhorar a sua qualidade de vida, no que respeita a todo o seu desenvolvimento pessoal; otimizar o seu bem-estar emocional, psicológico e físico; promover relações interpessoais, manter atividades de intervenção técnica especializada, reforçando os momentos de relaxamento e estimulação sensorial.

3.2.2. Resultados da Avaliação Inicial/Pré-Interventiva - Checklist

A avaliação inicial foi efetuada pela estagiária através de uma checklist elaborada para o efeito (já descrita no subcapítulo dos instrumentos), para conhecer melhor as características e necessidades da cliente, para posteriormente, elaborar um plano de intervenção psicomotora adequado e ajustado ao perfil da cliente (anexo 6).

No que respeita à Autonomia na alimentação, higiene e vestir e despir, a cliente apresenta grandes dificuldades. Na alimentação, a cliente bebe por um copo de bucal e pega laterais com ajuda física, a comida tem que ser triturada, necessitando de ajuda física total para a refeição e colabora com quem a alimenta não perturbando os outros.

Na higiene, no que diz respeito ao controlo dos esfíncteres, a cliente usa fralda, pois não tem o controlo necessário e devido aos seus problemas posturais e motores não consegue sentar-se numa sanita, colabora quando lhe lavam as mãos, para vestir, despir e calçar, é completamente dependente da ajuda de terceiros, no entanto colabora estendendo os membros.

Relativamente ao Desenvolvimento Motor a M.R apresenta algumas dificuldades visuais, não tem dificuldade em ouvir e reage a estímulos tátilo-quinestésicos, olfativos e gustativos, reagindo ao quente e frio porém não discrimina cheiros. A cliente tem grandes dificuldades em todos os itens de motricidade global, pois desloca-se em cadeira de rodas devido à atrofia dos seus músculos esqueléticos, que por sua vez provoca deformações e grandes dificuldades de coordenação visíveis

na cliente, não tendo completo controlo da cabeça, caracterizando-se por uma hipertonia muscular. Relativamente à praxia fina, a M.R. também apresenta grandes dificuldades, pois não pega coordenadamente em qualquer objeto e não apresenta otonibilidade do polegar.

No domínio da saúde e segurança a cliente não apresenta os conhecimentos básicos de segurança, porém ao nível da saúde sabe identificar que parte do corpo lhe dói, aceita tomar medicamentos e colabora com médicos e/ou enfermeiros (as).

No que respeita ao Desenvolvimento da Linguagem a Maria Regina demonstra várias expressões pré-verbais, compreende instruções verbais simples e mantém relações sociais com os colegas.

Respetivamente aos comportamentos estereotipados, hiperativos, auto-abusivos e sexuais, a M.R. não apresenta comportamentos violentos, comporta-se adequadamente em locais públicos, e não necessita de supervisão ao nível dos comportamentos sexuais e auto-abusivos. A M.R. apresenta movimentos constantes dos membros superiores e baba-se inconscientemente. Por último, ao nível da compreensão numérica e temporal o cliente não apresenta quaisquer capacidades.

3.2.3. Planificação da Intervenção Psicomotora

Depois de efetuada a avaliação inicial foi traçado um plano de intervenção, de acordo com o planeamento anual de atividades do centro. Os objetivos gerais e específicos, visavam a minimização do processo de retrogénese, a manutenção de competências adquiridas e a qualidade de vida da cliente, sendo que esta já tem uma idade um pouco avançada e uma dependência de terceiros acentuada. Assim, o plano de intervenção, apresentado em seguida, foi elaborado de acordo com os objetivos delineados pela equipa técnica do centro e pela estagiária, após uma avaliação inicial e observação, destacando-se os objetivos e metas para a cliente nas diferentes intervenções.

Tabela 6 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos para o estudo de caso 2

	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias
Sessão de Psicomotricidade Individual	Estimular motricidade fina. ^a	Manipular objetos e transferi-los de uma mão para a outra; Retirar/colocar objetos de uma caixa.	Apoio Verbal Apoio Físico reduzido; Feedback; Adequação/adaptação de tarefas; Instrução acompanhada de demonstração; Verbalização.
	Adquirir conhecimentos numéricos e temporais. ^e	Nomear os dias da semana; Nomear as estações do ano; Distinguir diferentes alturas do dia (manha/tarde/noite); Contar mecanicamente de 1 a 10.	
	Trabalhar noções corporais.	Aceitar a sua imagem no espelho; Nomear e identificar diversas partes do corpo.	
	Trabalhar e adquirir conhecimentos do dia-a-dia.	Aprender a nomear: - Cores; - Frutos; - Vegetais; - Animais.	
	Estimular o sistema propriocetivo e sensorial. Promover o relaxamento corporal.	Relaxar o tónus muscular; Desenvolver a perceção sensorial; Proporcionar lazer e bem-estar.	

Atividade de Desenvolvimento Pessoal e Social	Promover as quatro emoções primárias (feliz, triste, zangado, assustado).	Identificar as Emoções; Desenvolver a capacidade de lidar com os medos; Partilhar emoções; Promover a competência de compreensão dos sentimentos dos outros.	Apoio Verbal Apoio Físico reduzido; Feedback; Adequação/adaptação de tarefas; Verbalização; Autoavaliação.
	Desenvolver habilidades sociais básicas;	Interiorizar e respeitar regras sociais; Distinguir a família, dos amigos, e técnicos e/ou colaboradores do C.A.O; Desenvolver competências de relacionamento interpessoal e de socialização;	

3.2.4. Resultados da Avaliação Final/Pós-Interventiva - Checklist

A cliente M.R apresenta uma autonomia muito reduzida, devido à sua permanência na cadeira de rodas e ao contínuo desgaste articular e muscular associado a uma grande hipertonia muscular, pelo que o objetivo principal era a manutenção das funcionalidades remanescentes, a promoção do bem-estar e relaxação corporal, entre outros. A maioria dos objetivos propostos foram alcançados, e a cliente adquiriu conhecimentos do dia-a-dia, noções numéricas e temporais, através de várias atividades lúdico-terapêuticas, jogos, visualização de vídeos e imagens dinâmicas e utilização do computador.

No que concerne à promoção do bem-estar e relaxação muscular, a cliente ao longo das sessões, demonstrou uma grande satisfação e prazer ao realizar as atividades. No final de cada sessão havia um momento destinado ao retorno à calma e à relaxação em que a estagiária tornava o ambiente o mais calmo e securizante possível, e realizava mobilizações passivas e pequenas massagens à cliente.

Por último, no Desenvolvimento Pessoal e Social a M.X desenvolveu habilidades sociais básicas e competências para identificar e partilhar emoções, associando-as a diversos sentimentos próprios ou de outrem.

De uma forma geral, através da aplicação da Checklist não se encontram muitas diferenças entre as avaliações pré e pós-interventivas porque não foram adquiridos grandes ganhos em termos de funcionalidade diária. Contudo, como já foi referido, devido às malformações, enfraquecimento e perda progressiva do tecido muscular, os objetivos primordiais eram a conservação das funcionalidades remanescentes e a promoção de bem-estar, pelo que se conseguiu manter a funcionalidade ainda existente.

Realizando um balanço final pode-se referir que através da intervenção foram proporcionados à cliente momentos de relaxação e bem-estar, que a mesma pôde desfrutar, sendo que demonstrava um grande conforto e alegria ao realizá-los. Através da intervenção individual a estagiária teve a oportunidade de trabalhar sobre alguns objetivos que grupalmente não haveria disponibilidade para tal, como é o caso da aquisição de conhecimentos do dia-a-dia, estimulação da motricidade fina e maximização da funcionalidade do sistema propriocetivo. A intervenção caracterizou-se por uma prática instrumental, pois a cliente tinha a necessidade de estimulação constante para que continuasse nas tarefas, pelo que as estratégias utilizadas no contexto individual, foram semelhantes aquando as sessões em grupo.

3.3. Apresentação do Estudo de Caso 3 (E.R)

3.3.1. Dados da Anamnese do Cliente

A cliente E.R nasceu a 6 de setembro de 1928, tem 86 anos de idade e reside no Lar da SCMM, sendo uma senhora meiga, carinhosa, atenciosa, amiga e carente. A cliente partilha o quarto com a sua irmã, com quem passa muito tempo do seu dia e partilha as suas conversas, não sai das imediações do Lar sozinha, mas gosta de andar pelo espaço que tem disponível e de conversar com as outras pessoas.

A E.R não tem filhos, apesar de já ter sido casada por duas vezes, enviuvou cedo e então casou segunda vez, tendo um casamento duradouro e feliz, palavras de E.R. Os seus dois maridos faleceram por doença, o primeiro devido a um Acidente Vascular Cerebral e o segundo devido a um cancro oral, percurso muito difícil para a cliente pois acompanhou a sua evolução e sempre cuidou do seu marido até terem a necessidade de recorrerem ao Lar da SCMM para apoio domiciliário e, posteriormente, em regime de apoio de longa duração já nas instalações do mesmo.

Atualmente, a cliente E.R encontra-se muito fragilizada, pois perdeu o segundo marido à relativamente pouco tempo e não tem muita família a quem recorrer, a não ser um sobrinho por parte do seu conjugue, que se preocupa com a tia, fazendo-lhe visitas frequentes e levando-a alguns fins-de-semana a sua casa. A cliente apresenta pensamentos muito negativos e pessimistas, sendo que foi extremamente difícil conseguir que participasse no estudo de caso.

Através da observação direta da cliente, pode-se referir que esta não necessita de ajuda no que respeita à sua alimentação, comendo e bebendo sozinha, controla os seus esfíncteres e faz a sua higiene pessoal diária, à exceção do banho completo, no qual tem ajuda das auxiliares.

Ao nível da saúde, a cliente apresenta um quadro de diabetes e hipertensão, sendo medicada para tal. Consequentemente toma diariamente a seguinte medicação, Folifer (50mg), 1 ao jantar, Omeprazol (20mg), 1 em jejum, Naproxeno (500mg), 1 ao pequeno-almoço e 1 ao jantar, Metaformina (500mg), 1 ao pequeno-almoço e 1 ao jantar, Linagliptina (5mg), 1 ao almoço, Magnoral ampola (10ml), 1 ao almoço, Bisoprolol (50mg), 1 ao almoço, e Ramipril (2,5mg), 1 ao almoço. De referir que o Lar da SCMM não possui um plano de intervenção individual para a cliente. Para conhecer melhor a senhora E.R e as suas características psicomotoras em diversos domínios foi realizada uma avaliação inicial através do Exame Geronto-Psicomotor, no qual se obtiveram os seguintes resultados.

3.3.2. Resultados da Avaliação (EGP)

Ao nível da avaliação inicial (gráfico 6), e no que concerne ao domínio do equilíbrio denotam-se algumas dificuldades, na marcha acelerada, corrida e equilíbrio estático sem apoio, pois a cliente utiliza bengala para a sua deslocação, sentindo a necessidade de recorrer sempre a algum apoio. No que respeita à mobilização articular dos membros superiores e inferiores, a cliente não conseguiu relaxar como esperado, antecipando alguns movimentos, contudo nos exercícios de mobilização ativa a cliente destacou-se positivamente.

A motricidade fina dos membros superiores e inferiores e praxias foram itens em que a cliente se destacou com mais sucesso, não apresentando quaisquer dificuldades e demonstrando uma ajustada coordenação óculo-manual/podal e harmonia nos movimentos. Nos itens em que foi necessário escrever/desenhar a cliente demonstrou alguma ansiedade, pois é analfabeta, o que a faz ser “perjorativa” quanto ao seu desempenho.

No que reporta às noções corporais, a cliente demonstrou conhecer o corpo humano e nomear/identificar as diferentes partes do mesmo, sendo capaz de imitar

diversas posições. No entanto, quando lhe é pedido para as realizar novamente a cliente apresenta grandes dificuldades, o que corrobora os resultados na memória perceptiva, em a cliente demonstrou dificuldades em se lembrar de conteúdos recentes. De referir, que na memória verbal a cliente obteve uma boa pontuação, pois pronunciou todas as palavras adequadamente e descreveu alguns momentos do seu dia. Todavia, aquando da evocação de três palavras previamente memorizadas, a cliente demonstrou dificuldades significativas.

No domínio espacial a cliente não apresentou quaisquer hesitações em denominar a sua localização geográfica e em discriminar a orientação de alguns objetos à sua volta. Contrariamente, a cliente demonstrou algumas dificuldades no domínio temporal, mais propriamente em denominar o ano (de nascimento e atual), tendo referido os dias e meses sem erro.

Relativamente ao domínio da vigilância, a cliente manteve a sua atenção dirigida à técnica durante toda a avaliação bem como se destacou positivamente nas atividades em que era necessária atenção redobrada. No domínio da percepção denotaram-se algumas dificuldades no que respeita à reprodução de estruturas rítmicas e leitura de um texto, pois a cliente não sabe ler nem escrever (apenas o seu nome). Ao nível da comunicação a cliente possui uma linguagem adequada e coerente, compreende as instruções proferidas, tem um rosto expressivo, contudo apresenta dificuldades na expressão gestual.

Em suma, a E.R apresenta maiores dificuldades nos domínios do equilíbrio, e memória perceptiva, sendo relevante trabalhar a capacidade de memorização, abordar conteúdos da vida diária e estimular a funcionalidade motora, para que a cliente tenha um dia-a-dia mais ativo possível, minimizando as sequelas do envelhecimento inerente à sua idade já avançada.

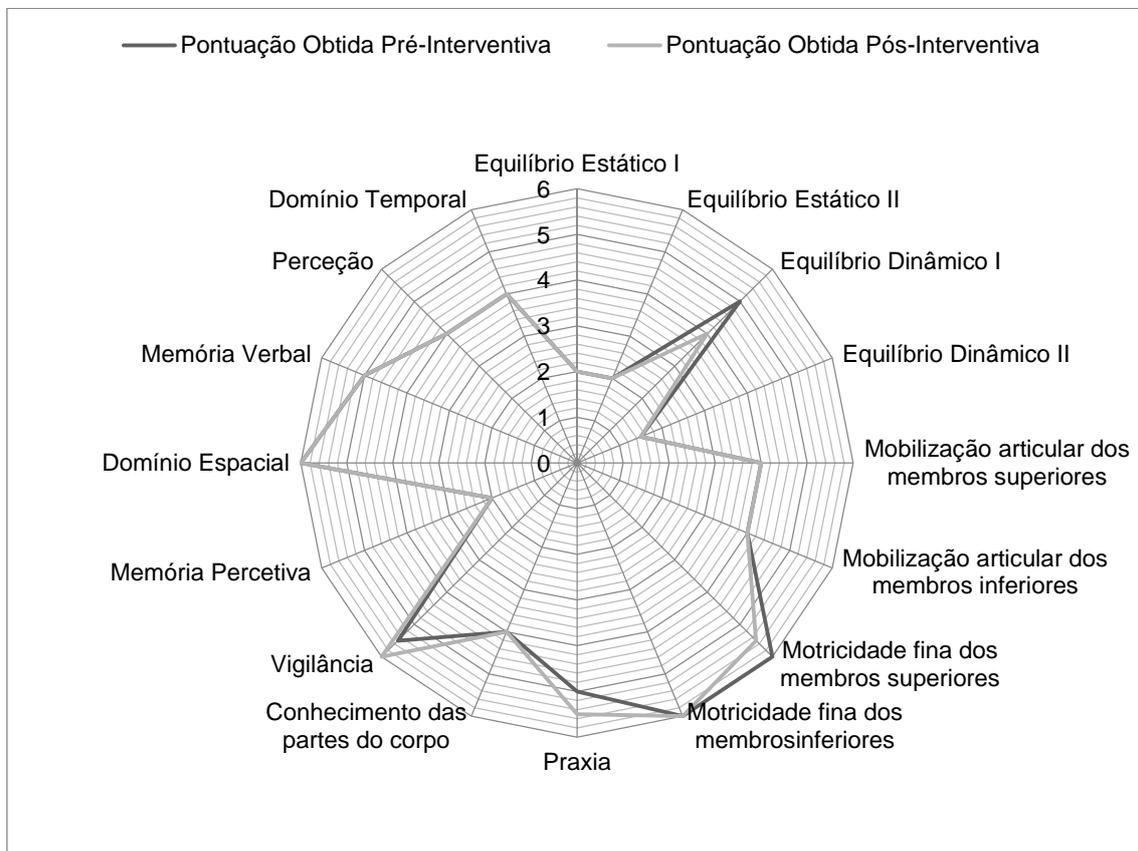


Gráfico 6 - Resultados Obtidos no Exame Geronto-Psicomotor

3.3.3. Planificação da Intervenção Psicomotora

Após a avaliação inicial da cliente, elaborou-se um plano de intervenção (tabela 7), com os objetivos terapêuticos mais adequados ao caso e de acordo com os objetivos traçados pela equipa técnica do lar e pela estagiária. É de se referir que este estudo de caso, foi uma mais-valia para a instituição, dado a cliente não ter nenhum plano de vida/intervenção elaborado.

Tabela 7 - Planificação da intervenção e objetivos terapêuticos para o estudo de caso 3

	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias
Sessão de Gerontopsicomotricidade	Estimular e maximizar a coordenação global de movimentos;	Trabalhar o equilíbrio; Potencializar a coordenação oculo-manual/podal; Maximizar noções de lateralidade;	Apoio Verbal Apoio Físico reduzido; Feedback; Adequação/adaptação de tarefas; Instrução acompanhada de demonstração; Verbalização.
	Potencializar a funcionalidade motora;	Trabalhar a marcha; Potencializar força e resistência muscular; Desenvolver amplitude muscular	
	Aumentar o grau de autonomia nas atividades propostas;	Abandonar a necessidade de apoio físico (bengala);	
	Trabalhar/Adquirir conhecimentos funcionais do dia-a-dia.	Relembrar: Cores; Frutos; Vegetais; Animais;	
	Estimular a memória perceptiva a curto e longo prazo.	Trabalhar a memória visual e auditiva;	

3.3.4. Resultados da Avaliação Final/Pós-Interventiva (EGP)

A intervenção com a E.R. teve alguns contratemplos, e por isso os resultados não foram os esperados, pelo que alguns objetivos não foram alcançados. Pouco tempo após o início da intervenção a geronte teve uma queda grave na casa-de-banho, tendo sofrido algumas contusões, a mais grave na face, pelo que ficou inabilitada para a participação nas sessões psicomotoras durante 2 semanas. Após a primeira fase de recuperação, a geronte ficou com um receio em deslocar-se, mesmo com o apoio de um andarilho, pelo que se recusava a sair do quarto, estando sempre deitada ou sentada, o que dificultou o decurso da intervenção. Assim, a técnica teve que mudar de estratégias e realizar as sessões individuais no quarto da cliente e com a presença constante da sua colega de quarto, sua irmã, tendo-se adaptado as sessões a trabalho de mesa e num contexto pouco dinâmico, pois o quarto tinha pouco espaço, a cliente tinha que estar sentada num sofá, e a mesa de trabalho tinha que ser adaptada, e com muitos elementos distratores, tais como, fotografias de família, lembranças de ocasiões passadas e a própria irmã que fazia interrupções constantes.

Quando a intervenção parecia estar a ser interiorizada, surgiu outro contratempo: a E.R. ficou com gripe, e segundo os médicos, como efeito secundário de algum medicamento surgiu uma erupção cutânea grave em todo o corpo, seguida de escamação e regeneração de toda a epiderme, pelo que a E.R. voltou a ficar internada no Centro de Saúde, e a intervenção voltou a ser interrompida por duas semanas. Após o sucedido, os objetivos traçados para a intervenção tiveram que ser revistos, apesar de se ter mantido o plano inicial, com vista à estimulação da memória e aquisição de conhecimentos funcionais do dia-a-dia, e posteriormente, de acordo com a evolução dos tratamentos aos quais a geronte foi submetida e suas melhorias, avançar para um trabalho de coordenação global e funcionalidade motora.

Apenas um mês antes do fim da intervenção é que a geronte começou a sair do quarto e só nessa fase é que se pôde fazer intervenção ao nível da estimulação da coordenação global de movimentos e funcionalidade motora, sempre com algumas restrições impostas pela cliente, pois não se sentia segura e confiante para se movimentar no espaço e realizar os exercícios propostos pela estagiária.

Desta forma, no que respeita à comparação da avaliação pré e pós-interventiva, efetuada através do EGP (gráfico 6) houve uma oscilação de resultados, ocorrendo ganhos, perdas e manutenção de capacidades. Relativamente ao domínio do equilíbrio denotou-se a manutenção de capacidades de equilíbrio estático e uma pequena melhoria no equilíbrio dinâmico I. Na mobilização articular dos membros superiores e inferiores não houve ganhos nem perdas, sendo que se mantiveram as habilidades articulares já existentes. Pelo contrário, na motricidade fina dos membros superiores houve um pequeno retrocesso e manutenção da motricidade fina dos membros inferiores. Em termos de praxia e vigilância, a geronte apresentou um pequeno aumento de competências e manteve a mesma pontuação nos domínios da memória, perceção e ao nível espacial e temporal.

De acordo com os objetivos da intervenção, apresenta-se, na tabela 8, se os objetivos propostos foram ou não alcançados:

Tabela 8 - Resultados Pós-Interventivos do Estudo de Caso 3

Objetivos Gerais	Objetivos traçados no Plano Habilitativo	Resultados Pós-Interventivos
Estimular e maximizar a coordenação global de movimentos;	Aumentar o equilíbrio;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Potencializar a coordenação oculo-manual/podal;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Maximizar noções de lateralidade;	<i>Alcançado</i>
Potencializar a funcionalidade motora;	Trabalhar a marcha;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Potencializar a força e a resistência muscular;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Desenvolver a amplitude muscular;	<i>Não Alcançado</i>
Aumentar o grau de autonomia nas atividades propostas;	Abandonar a necessidade de apoio físico (bengala);	<i>Não Alcançado</i>
Trabalhar e adquirir conhecimentos funcionais do dia-a-dia.	Estimular os seguintes conhecimentos: - Cores; - Frutos; - Vegetais; - Animais;	<i>Alcançado</i>
Estimular a memória perceptiva a curto e longo prazo.	Trabalhar a memória visual e auditiva;	<i>Alcançado</i>

De forma geral, os objetivos alcançados relacionam-se com a aquisição de noções de lateralidade, conhecimentos funcionais do dia-a-dia e manutenção da memória a curto e longo prazo. No que reporta à maximização da coordenação global e à potencialização da funcionalidade motora os objetivos foram parcialmente alcançados, devido às condições que se impuseram ao longo da intervenção. Por último, o aumento do grau de autonomia em atividades do dia-a-dia e gradual abandono das necessidades de apoio não foi alcançado.

Em jeito de conclusão, fazendo uma reflexão pessoal sobre este caso pode-se afirmar que o trabalho realizado foi proveitoso tanto para a cliente como para a estagiária, pois apesar de não terem existido ganhos em termos de funcionalidade, devido aos problemas de saúde que a cliente contraiu, a estagiária ajudou na sua recuperação, proporcionando-lhe momentos de alegria e partilha de experiências através da sua companhia e dedicação. Através da intervenção individual a estagiária conseguiu estabelecer uma relação empática com a cliente, conhecendo a sua história de vida, os seus costumes, as suas dificuldades e os seus momentos mais importantes. A intervenção caracterizou-se essencialmente por uma prática instrumental, sendo que através das sessões individuais foi possível trabalhar mais objetivos do que se conseguiria se a intervenção fosse apenas em contexto grupal.

CAPITULO 4 – Conclusão e Reflexão Pessoal

O presente documento retrata o processo de estágio realizado entre setembro de 2014 e maio de 2015 no CAO da Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico. Para a estagiária esta foi uma experiência excepcionalmente proveitosa, da qual colheu muitos frutos e aprendizagens tanto a nível profissional como a nível pessoal.

Como Psicomotricista a estagiária adquiriu competências práticas, que só são possíveis com o contacto direto com a população, acompanhando o seu dia-a-dia e convivendo com as suas dificuldades e necessidades de apoio. Através desta experiência foi possível aplicar as aprendizagens teóricas fornecidas ao longo do 1ºano do mestrado, transferindo-as para a prática institucional. Com estas vivências a estagiária melhorou a sua capacidade de comunicação, especialmente com as pessoas com DID, aprendeu a ser mais assertiva e coerente no seu discurso, estabelecendo limites e regras quando necessário, transmitindo sentido de responsabilidade e respeito. Adquiriu competências para orientar e coordenar grupos de grandes dimensões em diversas atividades e contextos, criou estratégias para lidar com as pessoas, nos mais diversos contextos. Por último, mas não menos importante a estagiária evoluiu as suas competências de intervenção terapêutica, gestão do tempo e organização, através da prática e das aprendizagens fornecidas pelas orientadoras de estágio e por todos os colaboradores do CAO.

Ao nível pessoal foi notório o desenvolvimento da maturidade individual, sentido de responsabilidade, capacidade de reflexão e introspeção, bem como a construção de bases profissionais que dotaram a estagiária de uma série de competências de comunicação, adequação de postura, reação a diversas situações e capacidades práticas que permitirão à estagiária intervir de forma (mais) adequada, responsável e ponderada. A referir ainda que para além de toda a pesquisa efetuada para a parte escrita, foi necessário uma pesquisa subjacente à aplicação de competências profissionais ao longo dos processos de observação, avaliação e intervenção, o que ajudou a estruturar ideias e a colocar novos desafios, atentando no acesso ao sucesso.

A presença da estagiária ao longo destes meses também pareceu ser benéfica tanto para os clientes como para os colaboradores do CAO e instituição, resultante das novas ideias, conhecimento e práticas que a estagiária trouxe para a intervenção com a população com DID. No que reporta aos ajudantes de reabilitação, houve uma partilha recíproca de experiências e adequação de estratégias para lidar com a população com DID e por último, no que respeita aos clientes, estes puderam contar com mais uma técnica integrante das áreas de intervenção disposta a aprender, estar disponível, ajudar em todas as tarefas necessárias e melhorar e adequar o seu trabalho às necessidades de cada cliente ou de cada grupo de intervenção, assimilando todas as experiências.

Importa ainda referir que foi através da estagiária que a instituição contactou com novas formas de avaliar os clientes, bem como com planeamentos interventivos a médio-longo prazo. Assim, a estagiária contribuiu com novas ideias e diferentes perspetiva interventivas para a instituição e seus clientes.

As intervenções em contexto de grupo, mais propriamente com grandes grupos dotaram a estagiária de capacidades para corresponder e atender às necessidades e metas específicas de cada grupo, bem como de cada cliente. Desta forma, tornou-se imprescindível a aquisição de competências de agilidade, organização, planeamento e simplificação de ocorrências. Assim durante as sessões, a atenção da técnica era

repartida por todos os clientes, sendo que, por vezes, se tornava difícil apoiar e corrigir todas as ações e movimentos realizados nas atividades. Consequentemente, a estagiária utilizou uma série de estratégias, tais como, o apoio verbal, feedback (positivo, corretivo e de reforço), adequação/adaptação de tarefas, instrução detalhada e acompanhada de demonstração, entre outras, a fim de colmatar as dificuldades evidenciadas pelos clientes, auxiliando em situações que assim se exigia e tornando as sessões de intervenção em momentos harmoniosos e prazerosos para todos os clientes. Assim foi possível estimular a criação e o fortalecimento de relações interpessoais que tem uma boa repercussão nas suas vivências diárias e na sua permanência na instituição, instigando atitudes de partilha, entreaajuda e cooperação.

Torna-se também importante abordar a boa relação com todos os clientes e sua disponibilidade para participar nas atividades planeadas pela estagiária que conduziu à criação de momentos prazerosos e de grandes aprendizagens para ambas as partes. A excelente receptividade de todos os colaboradores, bem como o estabelecimento de relações próximas foi sem dúvida um elemento determinante à integração da estagiária.

Outro aspeto de extrema importância foi a grande disponibilidade da orientadora local para o esclarecimento de dúvidas e/ou situações que foram surgindo, bem como o espaço que esta concedeu à estagiária para aplicar os seus conhecimentos, pesquisar e crescer durante o processo de estágio, não colocando barreiras limitadoras no percurso da mesma.

Importa agora abordar algumas das dificuldades e limitações que foram surgindo durante o estágio curricular, apesar dos resultados alcançados terem sido, na sua maioria, positivos. Desta forma, em seguida a estagiária faz uma exposição dessas situações/circunstâncias, que foram ultrapassadas com o apoio das orientadoras de estágio, equipa da instituição e esforço da estagiária.

Em primeira instância, a dificuldade sentida com mais impacto foi a dificuldade de gestão do tempo definido no cronograma para a atividade de pesquisa e elaboração do relatório escrito. A execução do estágio compreende a experiência prática no terreno, bem como a elaboração do relatório formal dessa vivência, o que exige ao estagiário uma organização rigorosa.

Atualmente existe muita informação teórica sobre a população com DID, pois a investigação em torno desta problemática tem sido intensiva e surge como um grande apoio para os aspirantes à prática da profissão de psicomotricista. No entanto, por vezes existe algumas diferenças entre a teoria e a realidade das instituições, pois apesar de haver alguma corroboração de teorias, a sua colocação em prática não é tão linear como o esperado, havendo um conjunto de situações que assim o impedem, tendo a equipa técnica que atuar e ter ao seu dispor um conjunto de estratégias “instantâneas”, que muitas vezes são inexistentes. Apesar de esta experiência não ser a primeira em contacto com este tipo de população, foi sem dúvida a mais intensa e prolongada, pelo que proporcionou um conjunto enorme de vivências.

O tempo reduzido para observação de intervenções técnicas e inexistência de observação participada constituiu uma dificuldade acrescida para a estagiária, contudo fez com que esta integrasse a equipa técnica desde cedo, pusesse em prática os seus conhecimentos e crescesse enquanto profissional, proporcionando a criação de relações com os clientes e colaboradores da instituição, pouco tempo após a sua integração na mesma.

A definição de objetivos de intervenção também surtiu algumas dificuldades para a estagiária, pois houve a necessidade de fazer um levantamento de todas as

dificuldades, necessidades, gostos, expectativas e competências já adquiridas dos clientes pertencentes aos diferentes grupos de trabalho e áreas de intervenção, a fim de traçar um plano que proporcionasse bem-estar, qualidade de vida e que fosse de encontro a todos estes aspetos mencionados e corroborasse com toda a conjuntura da instituição, bem como com a fase de vida de cada cliente. Este foi, por outro lado, um dos grandes contributos aportados pela estagiária.

Outra limitação com a qual a estagiária se confrontou foi a constante avaria da piscina, que apesar de estar planeada na intervenção da estagiária esteve interdita durante quase todo o estágio curricular, impedindo a estagiária de intervir neste meio.

Após esta reflexão pessoal da estagiária, eis algumas sugestões para o futuro da intervenção psicomotora na instituição: seria importante fazer uma avaliação através de um ou mais instrumentos validados para a população com DID (e.g.: ECAP, EIA, Escala Pessoal de Resultados e Autodeterminação), afim de, conhecer melhor cada cliente e as suas necessidades de apoio, elaborando um plano individual habilitativo para cada sujeito, dado serem inexistentes. O pedido de diagnósticos mais atuais, com a descrição detalhada das dificuldades seria um ponto bastante benéfico para a atuação da equipa técnica, dado os diagnósticos existentes serem muito antigos e carecerem de informações importantes ao desenvolvimento dos sujeitos, bem como para a adequação de práticas terapêuticas.

Em suma, a estagiária considera a execução do estágio profissionalizante, uma das melhores experiências da sua vida, pois cresceu a vários níveis, tendo sido experienciadas e vivenciadas situações com qualidade e de grande peso no futuro profissional da estagiária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, R. e Vicente, R. (2002). Deficiencia mental asociada a síndrome de Down, desarrollo psicomotor, educación física y deportes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5, 77-106.
- Albaret, J. (2009). Place de l'examen psychomoteur dans l'évaluation neuropsychologique de l'enfant. *Évolutions Psychomotrices*, 21 (83), 45-54.
- American Psychiatric Association (APA), (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, United States of America: *American Psychiatric Publishing*.
- Antonarakis, S., Lyle, R., Dermitzakis, E., Reymond, A. e Deutsch, S. (2004). Chromosome 21 and Down Syndrome: From Genomics to Pathophysiology. *Nature Publishing Group*, 5, 725-738.
- Barreiros, J. (2001). Percepção, Acção e Envelhecimento. In O. Guedes. (Eds) *Idoso, Esporte e Atividades Físicas* (101-110). Ideia Editora LTDA.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Blick, R., Saad, A., Goreczny, A., Roman, K. e Sorensen, C. (2015). Effects of declared levels of physical activity on quality of life of individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 37, 223-229.
- Boscaini, F. (2002). L'Indentita'Della Psicomotricita'E Dello Psicomotricista. In F. Boscaini, (Eds) *Valorizzare le Competenze Dello Psicomotricista* (96-120). Edizioni ReS, Verona.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1 (2), 20-26.
- Bradley, E., Summers, J., Brereton, A., Einfeld, S., Havercamp, S., Holt, G., Levitas, A. & Tonge, B. (2007). Intellectual Disabilities and Behavioral, Emotional, and Psychiatric Disturbances. In I. Brown e M. Percy (Eds) *A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities* (645-666). Baltimore/London/Sidney: Paul. H. Brookes Publishing Co.
- Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development*. USA: Cambridge University Press.
- Caldas de Almeida, J. e Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Carraro, A. e Gobbi, E. (2012). Effects of an exercise programme on anxiety in adults with intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1221-1226. doi:10.1016/j.ridd.2012.02.014.
- Castiglia, R., Pires, M. e Boccardi, D. (2006), Interação Social do Idoso frente a um programa de formação pessoal. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 38-50.
- Chaix, Y., Corraze, J., Lareng-Armitage, J., Soppelsa, R. e Albaret, J. (2013). Table-ronde sur la demarche diagnostique en psychomotricité. *Psychomotricité – Les Entretiens de Bichat*. 1-10.
- Cooper, A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. e Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35.
- Contandriopoulos. A. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 11(3), 705-71.

- Costello, H. e Bouras, N. (2006). Assessment of Mental Health Problems in People with Intellectual Disabilities. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43 (4), 241-251.
- Decreto-Lei nº18/89. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Diário da República, 1.ª série – N.º 9 – 11 de janeiro de 1989, 125-127.
- Deb, S., Thomas, M. e Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. I: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (6), 495-505.
- Diniz, D., Medeiros, M. e Squinca, F. (2007). Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (10), 2507-2510.
- Dosen, A. (2007). Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (I), 66-74.
- Dressler, A., Perelli, V., Feucht, M. e Bargagna, S. (2010). Adaptive behaviour in Down syndrome: a cross-sectional study from childhood to adulthood. *Wien Klin Wochenschr*. 122(23-24). 673–680. doi: 10.1007/s00508-010-1504-0.
- Hultén, M., Patel, S., Tankimanova, M., Westgren, M., Papadogiannakis, N. et al, Iwarsson, E. (2008). On the origin of trisomy 21 Down syndrome. *Molecular Cytogenetics*, 1, 1-10.
- Hutzler, Y. e Korsensky, O. (2010). Motivational correlates of physical activity in persons with an intellectual disability: a systematic literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (9), 767-786. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01313.x.
- Fidler, D., Hepburn, S. e Rogers, S. (2006). Early learning and adaptive behaviour in toddlers with Down syndrome: Evidence for an emerging behavioural phenotype?. *Down Syndrome Research and Practice*. 9 (3). 37-44
- Fidler, D., Most, D. e Philofsky, A. (2008). The Down syndrome behavioural phenotype: Taking a developmental approach. *Down Syndrome Research and Practice*, 37-44. doi: 10.3104/reviews/2069.
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 3/4. 125-140.
- Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Retrogênese Psicomotora. In Fonseca, V. & Martins, R. (Eds) *Progressos em Psicomotricidade* (177-219). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2009). Para uma Teoria da Perfectibilidade Psicomotora: Algumas Implicações para a Intervenção Psicomotora. *A Psicomotricidade*, 12, 9-52.
- Fonseca, V. (2012). *Terapia Psicomotora – Estudos de Caso: Da Caracterização à Intervenção*. Lisboa: Âncora Editora. 6ª Edição.
- Frimodt, L. (2004). Psychomotricity in Europe. *A Psicomotricidade*, 3, 13-17.
- Gardiner, K., Herault, Y., Lott, I., Antonarakis, S., Reeves, R. & Dierssen, M. (2010). Down Syndrome: From Understanding the Neurobiology to Therapy. *The journal of Neuroscience*, 10, 14944 -14943. doi:10.1523/JNEUROSCI.3728-10.2010.
- Grouios, G. e Ypsilanti, A. (2011). Language and visuospatial abilities in Down syndrome phenotype: a cognitive neuroscience perspective. In Dey, S. (Ed), *Genetics and etiology of Down syndrome* (275-286). doi: 10.5772/20483.

- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Horovitz, M., Matson, J., Sipes, M., Shoemaker, M., Belva, B., e Bamburg, J. (2011). Incidence and trends in psychopathology symptoms over time in adults with severe to profound intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 685-692. doi:10.1016/j.ridd.2010.11.013.
- Jacobson, J., Mulick, J. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media
- Jensen, H., Taylor, L. e Davis, M. (2013). Primary care for adults with Downs syndrome: adherence to preventive health recommendation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (5), 409-421. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01545.x.
- Juhel, J. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. France: Chronique Sociale.
- Kumin, L. (2004). *Communication skills in children with Down syndrome*. Woodbine House.
- Lambert, N., Nihira, K. e Leland, H. (1993). *AAMR – Adaptive behaviour scale-school examiner's manual* (2ª ed.). Austin, Texas: PRO-ED.
- Lopes, M. (2003). Envelhecimento e Saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 27.
- Lopes-dos-Santos, P., Santos, M., Ferreira, M., Maia, M., Alves, S., e Martins, S. (in press). *Escala de Intensidade de Apoios versão Portuguesa*. Lisboa, Portugal: Cegoc
- Lott, I. (2013). Neurological phenotypes for Down syndrome across the life span. *Progress Brain Research*, 197, 101-121.
- Lott, I. e Dierssen, M. (2010). Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down's syndrome. *Lancet Neurology*, 9, 623-633.
- Lovering, J. e Percy, M. (2009). Down Syndrome. In I. Brown I. e M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (149-172). Portland: Brookes Publishing Co
- Luckasson, R e Reeve, A. (2001). Naming, Defining, and Classifying in Mental Retardation. *Mental Retardation*, 39 (1), 47-52.
- Luckasson, R. e Schalock, R. (2013b). Defining and applying a functionality approach to intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57, 657-668. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01575.x.
- Luckasson, R. e Schalock, R. (2013a). What's at Stake in the Lives of People With Intellectual Disability? Part II: Recommendations for Naming, Defining, Diagnosing, Classifying, and Planning Supports. *Intellectual and Development Disabilities*, 51(2), 94-101. doi: 10.1352/1934-9556-51.2.094.
- Lunsky, Y. e Weiss, J. (2012). *Dual Diagnosis: An information guide*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Martínez, N. e García, M. (2008). Advance in Psychology and Education: Psychomotor development in children with Down syndrome and physiotherapy in early intervention. *International Medical Journal on Down Syndrome*, 12 (2), 28-32.
- Martins, R. (2001a). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds) *Progressos em Psicomotricidade*, 29-40, Lisboa: Edições FMH.

- Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental: O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & R. Martins (Eds) *Progressos em Psicomotricidade*, 95-108, Lisboa: Edições FMH.
- Matson, J. L., & Mahan, S. (2010). Antipsychotic drug side effects for persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1570-1576.
- Matson, J. e Neal, D. (2008). Psychotropic medication use for challenging behaviors in persons with intellectual disabilities: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 572-586.
- Matson, J. e Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1107–1114. doi: 10.1016/j.ridd.2009.06.003
- Mérgarnané, A., Ravel, A., Mircher, C., Sturtz, F., Grattau, Y., Rethoré, M. et al. Mobley, W. (2009). The 50th anniversary of the discovery of trisomy 21: The past, present, and future of research and treatment of Down Syndrome. *Genetics in Medicine*, 11 (9), 611-616.
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J.-M. (2011). Examen Géronto Psychomoteur - Manuel D'Application. Paris: Hogrefe
- Morais, A., Fiúza, R., Santos, S., & Lebre, P. (2012). Exame Geronto-Psicomotor. Manual de Aplicação Provisório.
- Morais, A., Novais, R., Mateus, S., (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 4, 41-49.
- Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (in press). Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (in press). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Éxamen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). *Educational Gerontology*.
- Morato, P. (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Morgan, V., Leonard, H., Bourke, J. e Jablensky, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 364-372.
- Núñez, J. e Berruezo, P. (2007). *Psicomotricidad y Educación Infantil*. Madrid: CEPE, S. L.
- OMS. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Direcção-Geral da Saúde*. Acedido a 13 de Julho de 2015, em http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf.
- Pan, C., Liu, C., Chung, I. e Hsu, P. (2015). Physical activity levels of adolescents with and without intellectual disabilities during physical education and recess. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 579-586. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.042>.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade – da quantidade à qualidade. *Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- RACP (2014_2015). Regulamento de Estágio - Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP). Faculdade de Motricidade Humana (documento não publicado)
- Roizen, N. e Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *The Lancet*, 361(9365), 1281-1289. doi:10.1016/S0140-6736(03)12987-X.

- Santos, S. (2014) Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5, 501-509. doi:10.4236/ce.2014.57059
- Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo Exploratório do Comportamento Adaptativo no Domínio Psicomotor em Populações Portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 9, 21-31.
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). *Comportamento Adaptativo Dez Anos Depois*. Cruz Quebrada, Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). Acertando o Passo! Falar de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID). *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18 (1), 3-16.
- Santos, S. e Morato, P. (2012c). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem dificuldade intelectual e desenvolvimental. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.), *Comportamento adaptativo – Dez anos depois* (pp. 101-120). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Santos, S., Morato, P.; Costa, D.; Duro, V.; Saramago, F. e Bruno, P. (2010) “Comportamento Adaptativo e as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais na população Portuguesa: replicação do estudo de 2007”. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. IV Série. 17: 79-102
- Santos, S. & Morato, P. e Luckasson, R. (2014). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52 (5): 379-387. doi: 10.1352/1934-9556-52.5.379
- Sartawi, A., AlMuhairy, O., e Abdat, R. (2011). Behavioral Problems among Students with Disabilities in United Arab Emirates. *International Journal for Research in Education*, 29, 1-15.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos Com Dependência Física e Mental*. Lisboa-Porto: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Schalock, R. e Luckasson, R. (2004). American Association on Mental’s Retardation Definition, Classification, and System of Supports and Its Relation to International Trends and Issues in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1 (3/4), 136-146.
- Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle., Y., Shogren, K. et al. Wehmeyer, M. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems os Supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual Developmental Disabilities.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Bradley, V., Buntix, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., Wehmeyer, M. L. (2012). User’s guide: intellectual disability: definition, classification and systems of supports (11a ed.). Washington, D.C.: AAIDD
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, et al. Yeager, M. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Development Disabilities*, 47, 116–124.
- SCMM. (s.d). Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico. Obtido a 18 de outubro de 2014, de www.scmmadalena.pt/#.
- SCMM. (2013). Sistema de Gestão da Qualidade.
- SCMM. (2014). Regulamento Interno – Centro de Atividades Ocupacionais do Pico.
- Scarff, J., Iftikhar, B., Tatugade, A., Choi, J., Lippmann, S., (2011). Opsoclonus Myoclonus. *Innovations In Clinical Neuroscience*, 8 (12), 29–31.

- Tassé, M. (2013). What's in a Name?. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51 (2), 113-116. doi: 10.1352/1934-9556-51.2.113.
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. e Zhang, D. (2012). The Construct of Adaptive Behavior: Its Conceptualization, Measurement, and Use in the Field of Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117 (4) 291-303. doi: 10.1352/1944-7558-117.4.291.
- Tejero, J., Vaíllo, R. e Rivas, D. (2012). La Actividad Física Adaptada para personas con discapacidad en España: perspectivas científicas y de aplicación actual. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 7, 213-224.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntix, W., Schalock, K., Snell, M. et.al (2009). Conceptualizing Supports and the Support needs of People with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47, 135-146.
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., ... e Wehmeyer, M. (2004). *Supports intensity scale – user manual*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Tyrer, P., Oliver-Africano, P., Ahmed, Z., Bouras, N., Cooray, S., Deb. S. et al., Crawford, M. (2008). Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *Lancet*, 371, 57-63.
- Valente, P., Santos, S. e Morato, P. (2012). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade intelectual e Desenvolvimental. 15: 10-23.
- Werner, S. e Stawski, M. (2012). Mental health: knowledge, attitudes and training of professionals on dual diagnosis of intellectual disability and psychiatric disorder. *Journal of disability research*, 56(3), 291-304. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2011.01429.x.
- WHO. (2007). *Intellectual disability – A manual for CBR workers*. New Delhi: World Health Organisation. Retirado de http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B0759.pdf
- WHO. (2011). Global Health and Aging. Acedido a 15 de Julho de 2015 em: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf?ua=1.
- Wolf, S., Wolf, C. M., & Oakland, T. (2010). Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. *Intellectual and developmental disabilities*, 48(3), 209-215.

ANEXOS

Anexo 1

Exemplo de um Plano de Sessão e Relatório para a Atividade de Desenvolvimento Pessoal e Social

REGISTO DE: Ateliê de Desenvolvimento Pessoal e Social		Mês: maio	Ano: 2015
CLIENTES: GRUPO I- P.S, L.S, N.N, L.A, E.M, M.J, B.M, G.S, G.P.S, D.S, H.A, M.X, D.Q E C.G.			
CLIENTES: GRUPO II- L.G, E.R, L.R, N.S, S.B, M.R, A.J, C.R E G.M.			
DATA/GRUPO	ACTIVIDADE (S) PROPOSTAS (S)	OBJECTIVOS	OBSERVAÇÕES/RELATÓRIO
Grupo I 13-05-2015	Realizou-se uma breve recapitulação dos conteúdos tratados na sessão anterior. Na dinâmica prática foram abordadas várias regras de como se deve andar/atravessar a rua e o que não se deve fazer.	Desenvolver a competências comunicativas; Maximizar a autonomia; Identificar situações de perigo; Seguir instruções/ recomendações em situações de perigo; Reconhecer alguns sinais de trânsito para peões; Saber como passear na rua em segurança;	Os clientes lembraram os conteúdos abordados na sessão anterior com alguma facilidade apesar da dificuldade em lembrar as temáticas trabalhadas nas semanas anteriores. Desta forma, observou-se novamente o interesse e a participação dos clientes na dinâmica prática, destacando-se os clientes G.P.S, G.S e C.G. Com um aproveitamento menos satisfatório foi a cliente Elisabete que demonstrou estar desconcentrada ao interromper as técnicas várias vezes para falar de assuntos sem ligação ao subtema apresentado.
Grupo II 15-05-2015	Realizou-se uma breve recapitulação dos conteúdos tratados na sessão anterior. Utilizou-se como suporte para a dinâmica prática foram utilizados cartões com imagens e o Dicionário de Língua Gestual Portuguesa.	Interiorizar e respeitar regras sociais; Desenvolver competências de relacionamento interpessoal e de socialização; Distinguir a família, dos amigos, e técnicos e/ou colaboradores do C.A.O; Identificar e utilizar comportamentos assertivos em diferentes contextos sociais	Tal como na sessão anterior foram denotadas algumas dificuldades em lembrar o tema atual. No entanto, com o auxílio das técnicas os clientes conseguiram expor alguns conteúdos, relativamente aos cumprimentos. Na dinâmica prática, foram introduzidos os grupos de socialização com a ajuda de cartões com imagens, bem como a sua designação em língua gestual. Agregado aos grupos de socialização foram abordados novamente as diversas formas de cumprimentar, conforme o grupo em que se insere.

Anexo 2

Exemplo de um Plano de Sessão e Relatório para as Multiatividades

População: Jovens Adultos com DID Género: 8 indivíduos Masc. e 3 indivíduos Fem. Local: Ginásio do Centro de Atividades Ocupacionais		Técnico: Estagiária do Mestrado de Reabilitação Psicomotora Cláudia Silva Ajudante de Reabilitação: António Rodrigues		Sessão de Multiatividades nº 16 Data: 28/11/2014 Hora: 13H05 – 13H50 Duração: 45 minutos		
OBJECTIVOS GERAIS: Estimular a Interação Social, Promover a Coordenação Motora Global, Maximizar o Equilíbrio e Trabalhar Noções Corporais.				MATERIAL: Rádio; Espelhos; Dado com Imagens; Saco de areia; 2 Sinalizadores; Fita adesiva; 2 Bolas; 6 Cones; 6 Arcos;		
ACTIVIDADES						
Hora	Atividade	Descrição	Objetivos Específicos	Material	CrITÉrios de Êxito (Deve ser capaz de...)	EstratÉgias
13:10	Diálogo inicial	Os clientes deverão sentar-se nos bancos dispostos no ginásio. Dar-se-á início à sessão com uma conversa onde os clientes deverão espontaneamente falar sobre o seu estado de espirito/disponibilidade para a sessão. Seguidamente a técnica faz uma pequena alusão sobre as atividades a realizar.	Captar a atenção do grupo; Iniciar a sessão; Apresentação das atividades da sessão ao grupo; Estimular a comunicação; Promover a interação social;	—	Apresentar uma boa atenção seletiva; Compreender e assimilar as informações recebidas; Compreender a dinâmica global da sessão;	Reforço verbal;
2'						
13:12	1ª Atividade "Aquecimento"	Com os clientes dispostos aleatoriamente no espaço, será colocada uma música, sendo que os clientes deverão andar ao seu ritmo e executar as instruções da técnica.	Promover a ativação geral da musculatura do corpo; Trabalhar sobre várias intensidades/ritmos; Promover amplitude de movimentos; Estimular os conceitos de direita/esquerda;	_ Rádio; _ Espelhos;	Deslocar-se pelo espaço; Executar os movimentos solicitados pela técnica; Distinguir direita da esquerda;	Reforço verbal; Demonstração; Apoio Físico;
5'						
13:17	2ª Atividade "Saco de Areia"	Os clientes deverão dispor-se em círculo. Cada cliente, por sua vez irá rodar o dado com imagens de diversas ações a executar com o saco de areia. Desta forma, o cliente terá que imitar a ação representada na imagem, utilizando o saco de areia que lhe irá ser fornecido.	Maximizar a cooperação em grupo; Estimular a socialização; Maximizar noções do esquema corporal; Trabalhar a capacidade de execução através da imitação;	_ Dado com Imagens; _ Saco de areia;	Rodar o dado; Identificar o movimento executado na imagem; Realizar a ação representada na imagem; Identificar diversas partes do corpo;	Reforço Verbal; Demonstração; Apoio Físico;
10'						
13:27	3ª Atividade "Circuito"	A técnica dará instrução para os clientes formarem dois grupos e se colocarem em fila atrás dos sinalizadores. Um cliente de cada vez terá que: _ Passar pela linha, pé ante pé, tocando com o	Estimular o equilíbrio dinâmico; Maximizar a coordenação de movimentos; Potenciar a utilização de grandes grupos musculares;	_ 2 sinalizadores; _ Fita adesiva; _ 2 bolas; _ 6 cones; _ 6 arcos;	Tocar com o calcanhar na ponta do pé; Colocar as mãos na cintura; Manter o equilíbrio na execução das tarefas;	Demonstração; Apoio físico; Reforço Verbal;

15'		calcanhar na ponta do pé, com as mãos na cintura; _Ziguezaguear os cones, conduzindo a bola com a parte interior do pé; _Saltar de arco em arco, a pés juntos e com as mãos na cintura, ao chegar ao 3º arco voltar para trás a saltar da mesma forma; _Ziguezaguear novamente os cones, conduzindo a bola com a parte interior do pé; _Passar pela linha pé ante pé, tocando com o calcanhar na ponta do pé, com as mãos na cintura; _Tocar na mão do colega seguinte para que este inicie o percurso e ir para o final da fila;	Trabalhar o apoio/salto a pés juntos; Aprimorar a coordenação óculo pedal;		Conduzir a bola com o pé; Ziguezaguear os cones; Saltar a pés juntos;	
13:42	3'	4ª Atividade "Alongamentos"	Facilitar o relaxamento muscular; Promover amplitude de movimentos;	_ Espelhos; _ Rádio;	Realizar os alongamentos de acordo com as instruções da técnica;	Demonstração; Apoio físico; Reforço Verbal;
Os clientes deverão afastar-se uns dos outros, e seguir as seguintes instruções dadas pela técnica: _Executar a flexão e extensão do pescoço, bem como a flexão lateral e a rotação para a direita e para a esquerda; _Com os joelhos semi-flexionados e uma das mãos na cintura, elevar a outra mão fazendo a extensão dos oblíquos do abdómen; _Com os pés juntos, baixar a cabeça, esticando os braços tentar tocar na ponta dos pés; _Eleva os membros superiores e inspirar, alongando todo o corpo, baixar os membros e expirar;						
13:45	5'	Diálogo final	Estimular a comunicação verbal e promover a socialização.	_____	Compreender o fim da sessão; Expressar as sensações vivenciadas ao longo da sessão.	Reforço Verbal;
13:50						

RELATÓRIO: No **diálogo inicial**, os clientes demonstraram-se bem-dispostos e com vontade em realizar os exercícios apresentados, sendo que ouviram a estagiária com atenção, enquanto a mesma exponha os conteúdos a realizar. Na **1ª Atividade** manteve-se a alegria apresentada anteriormente, os clientes deslocaram-se pelo espaço de forma ordeira e corresponderam às solicitações da técnica. Na **2ª Atividade**, os clientes sentiram algumas dificuldades em reproduzir fisicamente os gestos apresentados em cada cartão, desta forma, a técnica teve que dar alguns reforços verbais, e em casos mais específicos apoiou fisicamente os clientes, desta forma esta atividade será repetida na próxima sessão. Na **3ª Atividade** os clientes demonstraram uma grande motivação ao executá-la pois é uma das suas atividades favoritas, no entanto, apresentam alguns dificuldades de coordenação global de movimentos e de equilíbrio, sendo que por vezes é necessário o apoio físico. Por último, o balanço da sessão foi positivo, contudo terá que se continuar a trabalhar os objetivos gerais propostos.

PLANO DE SESSÃO						
População: Jovens Adultos com DID		Técnico: Estagiária do Mestrado de Reabilitação Psicomotora Cláudia Silva		Sessão de Multiatividades nº 17		
Género: 10 indivíduos Masc. e 5 indivíduos Fem.		Ajudante de Reabilitação: António Rodrigues		Data: 08/01/2015		
Local: Ginásio do Centro de Atividades Ocupacionais						Hora: 13H05 – 13H50 Duração: 45 minutos
OBJECTIVOS GERAIS: Estimular a Interação Social e Promover a Atividade Física.						
ATIVIDADES						
Hora	Atividade	Descrição	Objetivos Específicos	Material	Critérios de Êxito (Deve ser capaz de...)	Estratégias
13:05	Diálogo inicial	A técnica deverá verificar se todos os clientes têm água e chapéu (caso seja necessário), bem como, relembrar as normas de segurança a ter durante a caminhada.	Captar a atenção do grupo; Iniciar a sessão/caminhada; Promover a interação social; Estimular a compreensão das normas de segurança.	Água; Chapéu (facultativo)	Apresentar uma boa atenção seletiva; Compreender e assimilar as informações recebidas; Compreender a dinâmica global da sessão;	Reforço verbal;
	Atividade "Caminhada"	A caminhada tem por base um percurso definido pela técnica. Ao longo da mesma, serão reforçados alguns conhecimentos gerais, de situações que possam surgir. Como por exemplo, nomes de animais, cores e noções temporais. De referir, que as normas de segurança devem ser reforçadas ao longo do percurso.	Maximizar a atividade física; Estimular a interação social; Potencializar conhecimentos do quotidiano;	Água; Chapéu (facultativo)	Compreender e assimilar as informações recebidas; Realizar a caminhada até ao final; Respeitar as normas de segurança;	Reforço verbal; Apoio Físico;
	Diálogo final	No final da caminhada os clientes serão encaminhados para o WC por forma a efetuarem a sua higiene pessoal.	Estimular a capacidade de higienização pessoal. Maximizar a autonomia;	Água; Chapéu (facultativo)	Compreender o fim da sessão; Fazer a sua higiene pessoal autonomamente;	Reforço Verbal;
13:50						

Anexo 3

Exemplo de um Plano de Sessão e Relatório para a Intervenção Individual

População: 1 Jovem adulta com DID e 24 anos de idade.		Técnico: Estagiária do Mestrado de Reabilitação Psicomotora Cláudia Silva	Hora: 10H15 – 11H00 Duração: 45 minutos	
OBJECTIVOS GERAIS: Estimular e maximizar a coordenação global de movimentos, potencializar a funcionalidade motora, aumentar o grau de autonomia nas atividades propostas e estimular a relaxação muscular e psicológica.				
ACTIVIDADES				
Dia	Atividades a Desenvolver na Sessão		Objetivos	Observações/RELATÓRIO
04.03.2015 – Sessão nº4	Diálogo Inicial	Dar-se-á início à sessão com uma conversa onde a cliente deverá espontaneamente falar sobre o seu estado de espírito/disponibilidade para a sessão.	Captar a atenção da cliente; Iniciar a sessão; Estimular a comunicação;	Globalmente, a sessão correu bem, a cliente estava empenhada e com vontade de fazer as atividades. Na 1ª atividade, a cliente necessita de feedbacks constantes, reajustes posturais e correções. Na 2ª atividade foi necessário apoio físico constante, pois a cliente teve grandes dificuldades. Na 3ª atividade apenas realizou 2 séries, pois estava demasiado cansada. No relaxamento apresentou movimentos constantes, principalmente com os olhos, todavia a técnica pensa que a melhor forma para a cliente desfrutar do relaxamento é que esta esteja sozinha na piscina de bolas e sem estímulos externos. De uma forma geral, a cliente apontou quais as suas maiores dificuldades e quais as atividades que tinha gostado mais. E as estratégias utilizadas foram a demonstração, o reforço verbal e o apoio físico.
	Aquecimento	A técnica dará um balão à cliente, sendo que esta deverá tocar-lhe e manobrá-lo de forma a que este se mantenha no ar, sem tocar no chão. O exercício será realizado com música a acompanhar.	Promover a ativação geral da musculatura do corpo; Trabalhar sobre várias intensidades/ritmos; Captar a atenção da cliente; Promover a interação;	
	1ª Atividade	Estará marcada no chão uma linha reta, com aproximadamente 3m, a cliente terá que: _andar em frente, colocando apenas o pé direito sobre a linha; _andar em frente, colocando apenas o pé esquerdo sobre a linha; De seguida, colocar-se-á uma linha paralela à anterior, sendo que a cliente deverá executar a marcha, colocando os pés sobre as linhas marcadas no chão; A cliente terá à sua frente um espelho, sendo que deverá que olhar para o mesmo, adotando uma postura correta e corrigindo possíveis erros.	Estimular os conceitos de lateralidade; Aprimorar o controlo de movimentos; Desenvolver uma marcha lenta e controlada; Estimular o controlo postural; Adquirir coordenação e prensão plantar;	
2ª Atividade	Estarão no chão 6 arcos, a cliente terá que andar sobre eles, colocando um pé de cada vez dentro de cada arco, executando uma marcha lenta e controlada, sem calcar as extremidades dos arcos; A cliente terá à sua frente um espelho, sendo que deverá que olhar para o mesmo, adotando uma postura correta e corrigindo possíveis erros.	Aprimorar o controlo de movimentos; Desenvolver uma marcha lenta e controlada; Estimular o controlo postural;		

3ª Atividade	A cliente terá que se segurar a uma superfície fixa com os MMSS, e fazer a extensão plantar, 3 séries de 15 repetições;	Desenvolver resistência muscular; Trabalhar o equilíbrio; Estimular a coordenação e preensão plantar;	
Relaxamento e Diálogo Final	A técnica solicitará à cliente para esta se descalçar e colocar na piscina de bolas, com ajuda. De seguida a cliente deverá estar deitada sobre as bolas em decúbito dorsal. A técnica não controlará o momento de relaxamento, por forma a perceber se a cliente relaxa melhor quando o momento é mediado pela técnica ou quando está sozinha. Enquanto isto acontecer estará a ser reproduzido uma música ambiente (calma); No final a técnica questionará a cliente relativamente à sessão, se gostou ou não dos exercícios e quais as suas dificuldades.	Promover o relaxamento do tônus muscular; Promover a capacidade de abstração dos estímulos do meio envolvente; Estimular a comunicação verbal e promover a socialização.	

Anexo 4

Exemplo de um Plano de Sessão e Relatório para a Atividade de Gerontopsicomotricidade

PLANO DE SESSÃO

População: Idosos com e sem patologia (com mobilidade reduzida) Local: Sala de convívio do Lar de Idosos	Técnico: Estagiária do Mestrado de Reabilitação Psicomotora Cláudia Silva	Hora: 10H00 – 10H45 Duração: 45 minutos
---	---	--

OBJECTIVOS GERAIS: Desenvolver a amplitude muscular; Estimular a coordenação motora; Trabalhar a força e a resistência muscular; e Maximizar a consciencialização corporal.	MATERIAL: Bolas de plástico;
--	-------------------------------------

Dia		Atividades a Desenvolver na Sessão	Objetivos Específicos	Observações/Relatório
15.01.2015 – Sessão nº8	Diálogo Inicial	Dar-se-á início à sessão com uma conversa onde os clientes deverão espontaneamente falar sobre o seu estado de espírito/disponibilidade para a sessão. A mesma será efetuada com os clientes sempre sentados.	Captar a atenção do grupo; Iniciar a sessão; Estimular a comunicação;	<p>Na 1ª atividade foram utilizadas bolas de plástico sem qualquer peso.</p> <p>As estratégias utilizadas foram a demonstração, o reforço verbal e o apoio físico.</p> <p>Os gerentes demonstraram algumas dificuldades e descontração sendo que nem todos os exercícios foram executados. Motivo pelo qual a sessão será repetida na próxima semana.</p>
	Aquecimento	De seguida serão realizados alguns exercícios de aquecimento em que os clientes deverão realizar os seguintes movimentos, instruídos pela técnica: _Executar a flexão e extensão do pescoço, bem como a flexão lateral e a rotação para a direita e para a esquerda; _Encolher os ombros 3x; _Elevar os MMSS no plano horizontal, mantendo-os esticados abrindo e fechando os dedos; _Com os MMSS na posição anterior, elevá-los até junto das orelhas e baixar, alternadamente; _Elevar um pouco o MI, e tocar com a ponta do pé e o com o calcanhar, alternadamente do solo (1º com um pé e depois com o outro);	Promover a ativação geral da musculatura do corpo; Promover amplitude de movimentos; Estimular os conceitos de direita/esquerda;	
	1ª Atividade	Posteriormente serão desenvolvidos alguns exercícios de coordenação motora e resistência/força muscular em que os clientes deverão realizar os movimentos instruídos pela técnica: 1º com o cotovelo (direito/esquerdo) estendido ao lado do corpo e com as mãos em supinação, segurando nas bolas, iniciar a flexão do cotovelo, até tocar no ombro (12x cada); 2º segurando a bola com a mão direita/esquerda, tocar com a bola na nuca (12x cada); 3º com os dois pés apoiados no chão executar a adução e abdução dos MMII em simultâneo (12x); 4º com os dois pés apoiados no chão executar a extensão e flexão do joelho (esquerdo/direito) (12x cada); 5º elevar os MMII e ficar com eles em extensão o máximo de tempo que conseguirem (3x);	Promover amplitude de movimentos; Estimular os conceitos de direita/esquerda; Aprimorar o controlo de movimentos; Trabalhar a força; Desenvolver resistência muscular;	

	2ª Atividade	Os clientes deverão tocar com a bola que têm em cada mão nas partes do corpo indicadas pela técnica, formando uma sequência de movimentos que terão que repetir. (Sequência – Peito, barriga, cabeça/testa, ombros, joelhos, orelhas)	Promover a coordenação motora; Trabalhar a consciência de diversas partes do corpo; Estimular os conceitos de direita/esquerda;	
	Alongamentos e Diálogo Final	Dispostos da mesma forma os clientes deverão seguir as seguintes instruções dadas pela técnica: _Executar a flexão e extensão do pescoço, bem como a flexão lateral e a rotação para a direita e para a esquerda; _Pressionar o cotovelo em direção ao corpo; _Levantar a mão direita/esquerda para cima e inclinar-se para a lateral; _Com os pés juntos, baixar a cabeça, esticando os braços tentar tocar na ponta dos pés; Finalizando, a técnica questionará os clientes relativamente à sessão;	Facilitar o relaxamento muscular; Promover amplitude de movimentos; Estimular a comunicação verbal e promover a socialização.	

Anexo 5

Exemplos dos Consentimentos Informados para a prática de intervenção com os Estudos de Caso



CENTRO DE ATIVIDADES OCUPACIONAIS

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, [Redacted Name] portador(a) do documento de identificação nº 01221111 e responsável pelo(a) jovem/adulto(a) [Redacted Name], autorizo a realização de intervenção psicomotora em contexto de Estágio de Mestrado em Reabilitação Psicomotora.

Declaro ter compreendido e ter sido informado(a) dos procedimentos e condições deste termo, assim como do sigilo de identificação da pessoa e seus dados pessoais.

Assinatura do Responsável

[Redacted Signature]



Santa Casa da
Misericórdia
da Madalena do Pico

Declaração de Consentimento Livre e Informado para Investigação Científica

Com este estudo pretende-se realizar uma análise aprofundada das competências psicomotoras do geronte em estudo, para fins interventivos. No âmbito do Estágio de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, o mestrando deverá ter um ou mais estudos de caso em que seja executada uma Avaliação Pré e Pós Interventiva, bem como um período de intervenção.

Eu, abaixo-assinado, [assinatura],
autorizo a mestranda Cláudia Silva a contar com a minha participação no seu trabalho de investigação científica. Fui informado de todos os procedimentos e foi-me dada a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas inerentes à avaliação e intervenção.

Tomei conhecimento de que, a qualquer momento, se assim o desejar, tenho o direito de recusar a participação no estudo, e fui informado de todos os resultados dos dados fornecidos, bem como, as suas conclusões ser-me-ão facultadas, se assim o desejar. Por isso, consinto que sejam aplicados os testes propostos pelo investigador.

Assinatura do responsável legal: [assinatura]

Assinatura da Mestranda: Cláudia Alexandra Azevedo da Silva
Cláudia Alexandra Azevedo da Silva

Anexo 6

Check List aplicada ao Estudo de Caso 3 e respetivos resultados

Check List de Avaliação

Caracterização pessoal

Nome: M.R.A.

Género: M F

Diagnóstico: **Multideficiência – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID).**

Data de Nascimento: 30/10/1961.

Idade: 53 anos e 3 meses. Estabelecimento: **Centro de Atividades Ocupacionais da Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico.**

Medicação: **Nethergin, Epscaprin, Triptorrlina e Decpetyl.**

Doenças com risco de contágio: **Não se verifica.**

Responsável pela Observação: **Cláudia Silva.**

Início da Intervenção: _____.

Profissão do observador: **Psicomotricista.**

Relação com o observado: **Terapeuta.**

Motivo da intervenção: **Avaliação Pré-Interventiva.**

Proveniência da Informação:

- Observação direta
- Professor
- Pais
- Outros: **Ajudantes de Reabilitação da Instituição.**

Residência

(Localidade): **Biscoitos, Madalena do Pico.**

- Meio: Urbano Rural

Local de Nascimento: _____.

Agregado Familiar: **Pai e Irmã.**

Forma de deslocação para a instituição: **Transporte fornecido pela instituição.**

Observações: **A M.R desloca-se em cadeira de rodas (reclinada), logo alguns itens da Check List não se aplicam à cliente.**

1. AUTONOMIA	Cotação Pré-Interventiva		Cotação Pós-Interventiva	
A: Alimentação				
BEBER	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Utiliza sonda.		x		x
Bebe por seringa.		x		x
Bebe por biberon.		x		x
Bebe por copo de bico.		✓		✓
Bebe por palhinha.		x		x
Bebe por um copo com pega adaptada.		✓		✓
Bebe por copo com ajuda.		x		x
Bebe por um copo sem ajuda, entornando parte da bebida.		x		x
Bebe por um copo sem ajuda, não entornando bebida.		x		x
COMER	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Sonda.		x		x
Come por seringa.		x		x
Come por biberon.		x		x
Come alimentos triturados.		✓		✓
Mastiga alimentos de consciência suave.		x		x
Mastiga alimentos sólidos.		x		x
Trinca alimentos.		x		x
Leva à boca um alimento sólido posto na sua mão.		✓		✓
Procura um alimento levando-o à boca com a sua mão.		✓		✓
Come com colher, com ajuda física.		✓		✓
Come com colher, sem ajuda física.		x		x
Come com garfo, com ajuda física.		x		x
Come com garfo, sem ajuda física.		x		x
Corta alimentos com faca, ajudando com o garfo.		x		x
HÁBITOS À MESA	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Colabora com a pessoa que o alimenta.		✓		✓
Espera que o sirvam.		✓		✓
Limpa a boca com o guardanapo.		x		✓
Fica sentado durante a refeição.		✓		✓
Fala em voz baixa/não grita.		✓		✓
Come sem perturbar as outras pessoas.		✓		✓
Participa nas conversas à mesa.		✓		✓
Come, comportando-se adequadamente em locais públicos.		✓		✓
B: Higiene				
UTILIZAÇÃO DA CASA-DE-BANHO/ CONTROLO DE ESFÍNCTERES				
Utiliza fralda.		✓		✓
Urina ou defeca no bacio ou sanita quando colocado lá.		x		x
Indica a necessidade de urinar ou defecar.		✓		✓
Vai à casa-de-banho por iniciativa própria.		x		x
Utiliza a casa-de-banho, limpando-se e acionando o autoclismo.		x		x
HIGIENE PESSOAL	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Colabora quando lhe lavam as mãos.		✓		✓
Lava a mãos com ajuda física.		x		x
Lava a mãos sem ajuda física.		x		x
Colabora quando lhe lavam os dentes.		✓		✓
Lava os dentes com ajuda.		x		x
Lava os dentes sem ajuda.		x		x
Colabora quando lhe dão banho.		✓		✓
Toma banho sozinha com alguma ajuda física.		x		x
Toma banho sem ajuda física.		x		x
Colabora quando lhe cortam as unhas.		✓		✓
Corta as unhas com ajuda/supervisão.		x		x
Limpa a baba.		x		x
Assoa-se.		x		x

Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
Mestrado em Reabilitação Psicomotora

Faz a barba.	NSA		NSA	
Penteia o cabelo.	x		x	
Cuida da higiene menstrual.	x		x	
C: Vestir e Despir				
VESTIR	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Tem que ser completamente vestido.	✓		✓	
Veste a maioria das roupas com ajuda.	x		x	
Coopera quando está a ser vestido estendendo braços e pernas.	✓		✓	
Puxa para cima as cuecas.	x		x	
Puxa para cima meias e calças.	x		x	
Calça meias.	x		x	
Aperta fechos.	x		x	
Abotoa botões.	x		x	
Veste peças complexas: camisa, camisolas e/ou vestidos.	x		x	
Veste-se sozinho, apenas com reforço verbal.	x		x	
Veste-se sozinho.	x		x	
Escolhe a roupa que vai vestir.	x		x	
DESPIR NAS ALTURAS APROPRIADAS	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Tem que ser completamente despido.	✓		✓	
Despe a maioria das roupas com ajuda.	x		x	
Coopera quando está a ser despido estendendo os membros.	✓		✓	
Puxa para baixo cuecas, meias e calças.	x		x	
Puxa para baixo a saia, quando desapertada.	x		x	
Despe calções.	x		x	
Despe calças quando desabotoadas.	x		x	
Despe casaco quando desabotoado.	x		x	
Despe camisolas.	x		x	
Desaperta fechos.	x		x	
Desabotoa botões.	x		x	
Despe-se sozinho, apenas com reforço verbal.	x		x	
Despe-se autonomamente.	x		x	
CALÇADO	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Calça os sapatos com ajuda física.	x		x	
Descalça os sapatos com ajuda física.	x		x	
Descalça os sapatos já desapertados sem ajuda.	x		x	
Aperta e desaperta sapatos com velcro.	x		x	
Aperta os atacadores sem ajuda.	x		x	
Desaperta os atacadores sem ajuda.	x		x	
Calça os sapatos sem ajuda.	x		x	
Descalça os sapatos sem ajuda.	x		x	
CUIDADO COM O VESTUÁRIO	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Pendura o casaco no cabide ou cadeira.	x		x	
Coloca a roupa nos locais indicados.	x		x	
Toma conta da sua roupa.	x		x	
Arruma a roupa quando se despe.	x		x	
Tem cuidado para não se sujar.	x		x	
Coloca a roupa suja no cesto.	x		x	
Muda de roupa sob a indicação de que está suja.	x		x	
Utiliza roupas adequadas às condições atmosféricas.	✓		✓	
D: Item suplementar para raparigas				
MENSTRUAÇÃO	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Tem a menstruação.	✓		✓	
Cuida-se sozinha durante a menstruação sem a lembrar ou a ajudar.	x		x	
Cuida-se razoavelmente bem durante a menstruação.	x		x	
Ajuda a mudar os pensos durante a menstruação.	x		x	
Indica a necessidade de mudar o penso durante a menstruação.	x		x	
Indica o início da menstruação.	x		x	

2. DESENVOLVIMENTO FÍSICO	Cotação Pré-Interventiva		Cotação Pós-Interventiva	
A: Desenvolvimento Sensorial (capacidades observáveis)	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
VISÃO (com óculos, se utilizados)	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Consegue ver.	✓		✓	
Tem grandes dificuldades em ver.	✗		✗	
Tem algumas dificuldades em ver.	✓		✓	
Dirige os olhos para um estímulo luminoso que lhe é apresentado.	✓		✓	
Segue com os olhos um objeto que se move.	✓		✓	
Segue movimentos de pessoas na sala.	✓		✓	
Segue deslocações de objetos, em movimento, em várias direções.	✓		✓	
Reage à sua imagem no espelho.	✓		✓	
Mantém o contacto visual com o educador durante alguns segundos.	✓		✓	
Muda a atenção de um objeto para o outro.	✓		✓	
Dirige a sua atenção para imagens na televisão.	✓		✓	
AUDIÇÃO (com aparelho auditivo, se utilizado)	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Consegue ouvir.	✓		✓	
Tem grandes dificuldades em ouvir.	✗		✗	
Tem algumas dificuldades em ouvir.	✗		✗	
Olha em direção à fonte sonora, ou move o corpo em resposta a um som.	✓		✓	
Olha para uma pessoa que tenta captar a sua atenção através da voz.	✓		✓	
Responde à voz familiar alterando as suas reações ou atividades.	✓		✓	
Segue um som movendo a cabeça.	✓		✓	
Volta-se para uma fonte sonora.	✓		✓	
Reage à música e ao canto.	✓		✓	
Dá a atenção a lengalengas e/ou histórias.	✓		✓	
Distingue alguns sons da Natureza.	✓		✓	
Distingue os sons dos animais mais comuns.	✓		✓	
Distingue o som de instrumentos e objetos comuns.	✗		✗	
ESTÍMULOS TÁCTILO-QUINESTÉSICOS	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Reage ao toque de outra pessoa.	✓		✓	
Reage à mudança de posição.	✓		✓	
Reage positivamente a massagens e carícias em diferentes partes do corpo.	✓		✓	
Reage positivamente a movimentos do próprio corpo.	✓		✓	
Explora objetos que lhe são colocados na mão.	✓		✓	
Reage ao quente/frio.	✓		✓	
Reage à consistência e textura de substâncias e objetos.	✓		✓	
Manipula diferentes massas e pastas.	✗		✗	
Manipula objetos com diferentes formas.	✓		✓	
Aceita contacto físico com animais.	✓		✓	
ESTÍMULOS OLFATIVOS E GUSTATIVOS	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Reage aos sabores doce, amargo e salgado.	✓		✓	
Reage aos alimentos ou bebidas quentes e frios.	✓		✓	
Reage a diferentes consistências dos alimentos.	✓		✓	
Reage a cheiros intensos agradáveis e desagradáveis.	✓		✓	
Reage positivamente a perfumes aplicados em si ou noutra pessoa.	✓		✓	

Mostra preferência por alguns cheiros de perfume.	x	x		
Diferencia alguns cheiros da Natureza.	x	x		
Diferencia cheiros de comidas (cozinha).	x	x		
Mostra preferência por alguns sabores.	✓	✓		
B: Desenvolvimento Motor e/ou Motricidade Global e Fina				
POSTURA	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Permanece com a boca aberta.	x		x	
Coloca constantemente os dedos ou outros objetos na boca.	x		x	
A cabeça permanece pendida.	x		x	
A barriga encontra-se proeminente devido à postura.	NSA		NSA	
Os ombros pendem para a frente com as costas arqueadas.	NSA		NSA	
Controla a cabeça e o tronco.	x Apenas a cabeça		x Apenas a cabeça	
Fica sentado no chão durante algum tempo.	NSA		NSA	
Fica sentado numa cadeira durante algum tempo.	NSA		NSA	
EQUILÍBRIO	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Permanece de pé com apoio.	NSA		NSA	
Permanece de pé sem apoio.	NSA		NSA	
Passa da posição de deitado para a de sentado.	NSA		NSA	
Passa da posição de sentado à posição de pé e vice-versa.	NSA		NSA	
Dobra-se pela cintura para agarrar objetos.	NSA		NSA	
TONICIDADE MARCHA E CORRIDA	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Revela um bom nível de eutonia (vs hipo ou hipertonia).	x		x	
Dá apenas alguns passos.	NSA		NSA	
Anda sozinho.	NSA		NSA	
Anda com apoio.	NSA		NSA	
Sobe escadas sozinho.	NSA		NSA	
Desce escadas sozinho.	NSA		NSA	
Sobe/desce escadas com alternância de pés.	NSA		NSA	
Sobe rampas sozinho.	NSA		NSA	
Desce rampas sozinho.	NSA		NSA	
Rebola.	NSA		NSA	
Rasteja.	NSA		NSA	
Gatinha.	NSA		NSA	
Corre (sem cair muitas vezes).	NSA		NSA	
Salta ou pula.	NSA		NSA	
LATERALIDADE E NOÇÃO CORPORAL	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Tem noção corporal	✓		✓	
Apointa com exatidão algumas partes do corpo, quando solicitado.	✓		✓	
Tem bem definida a lateralidade (utiliza sempre o mesmo lado).	x Utiliza o lado que tem menos dificuldade		x Utiliza o lado que tem menos dificuldade	
PRAXIA GLOBAL	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Anda de triciclo.	NSA		NSA	
Corre transpondo obstáculos.	NSA		NSA	
Corre contornando obstáculos.	NSA		NSA	
Salta de pequenas alturas.	NSA		NSA	
Salta pequenos obstáculos.	NSA		NSA	
Dá cambalhotas.	NSA		NSA	

Dança (acompanhando a música com pequenos movimentos corporais).	NSA		NSA	
Anda de bicicleta.	NSA		NSA	
PRAXIA FINA	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Agarra objetos com as mãos (preensão palmar).	✓		✓	
Manipula objetos pequenos.	✓		✓	
Manipula objetos grandes.	✗		✗	
Transfere um objeto de uma mão para a outra.	✓		✓	
Aperta um objeto.	✓		✓	
Levanta as mãos a objetos suspensos, quando deitado.	✓		✓	
Agarra com o polegar e um dedo (oponibilidade do polegar).	✗		✗	
Levanta uma chávena ou um copo.	✗		✗	
Abana guizos e campainhas.	✓		✓	
Tira objetos de uma caixa.	✓		✓	
Coloca objetos numa caixa.	✓		✓	
Desfolha livros.	✗		✗	
Constrói torres com blocos.	✗		✗	
Tira pregos de um quadro de pregos.	✗		✗	
Coloca os pregos no quadro de pregos.	✗		✗	
Desenfia contas.	✗		✗	
Enfia contas.	✗		✗	
Risca com lápis.	✗		✗	
Abre porta com manípulos, pressionando-os para baixo.	✗		✗	
Enrosca tampas de frascos.	✗		✗	
Desenrosca tampas de frascos.	✗		✗	
Roda manípulos de portas.	✗		✗	
Faz puzzles de encaixe e 3 peças.	✗		✗	
Desenha.	✗		✗	
Consegue recortar com uma tesoura.	✗		✗	
COORDENAÇÃO ÓCULO-MANUAL/PEDAL	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Agarra uma bola com as duas mãos.	✗		✓	
Apanha uma bola com as duas mãos.	✗		✗	
Atira/lança uma bola por cima do ombro.	✗		✓	
Atira/lança uma bola por baixo.	✗		✗	
Pontapeia uma bola.	NSA		NSA	
Dribla uma bola.	✗		✗	
Encesta ma bola.	✗		✗	
Participa em jogos de grupo com bola.	✗		✗	
C: Mobilidade				
DESLOCAÇÃO EM ESPAÇOS CONHECIDOS	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Desloca-se dentro da sala.	✗		✗	
Desloca-se em espaços familiares (escola, casa, instituição).	✗		✗	
Desloca-se em locais próximos.	✗		✗	
DESLOCAÇÃO EM ESPAÇOS PÚBLICOS	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Anda pelos passeios.	✗		✗	
Atravessa passeadeiras, respeitando os sinais luminosos.	✗		✗	
Atravessa estradas com segurança onde não haja sinais.	✗		✗	

3. SAÚDE E SEGURANÇA	Cotação Pré-Interventiva		Cotação Pós-Interventiva	
	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
CUIDADOS BÁSICOS RELACIONADOS COM A SAÚDE	✓	✗	✓	✗
Indica a parte do corpo que dói.	✓		✓	
Colabora com o médico ou enfermeira nas consultas ou tratamentos. Aceita tomar medicamentos.	✓		✓	
Identifica os produtos necessários para pequenos curativos.	✗		✗	
CUIDADOS BÁSICOS DE SEGURANÇA	✓	✗	✓	✗
Utiliza facas e tesouras com precaução.	✗		✗	
Aceita bebidas, comidas ou boleias apenas de pessoas “familiares”.	✓		✓	
Abre a porta d casa apenas a pessoas “familiares”.	✗		✗	
Cumpre normas de segurança básicas no uso de eletrodomésticos.	✗		✗	

4. DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM	Cotação Pré-Interventiva		Cotação Pós-Interventiva	
	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
A: Expressão				
EXPRESSÃO PRÉ-VERBAL	✓	✗	✓	✗
Acena com a cabeça ou sorri para expressar alegria.	✓		✓	
Indica através de gritos ou vocalizações que tem fome, dor, etc.	✓		✓	
Indica desejos através de vocalizações ou apontando.	✓		✓	
Chama a atenção das pessoas, gesticulando ou produzindo sons.	✓		✓	
Expressa prazer ou desagrado através de ruídos vocais.	✓		✓	
Imita sons de objetos ou animais (ex: au-au, mée-mée, etc.).	✓		✓	
Comunica por gestos.	✗		✗	
COMPREENSÃO VERBAL	✓	✗	✓	✗
Compreende instruções verbais muito simples.	✓		✓	
Reage a vozes familiares.	✓		✓	
Reage ao seu nome.	✓		✓	
Reage a palavras inibitórias, parando.	✓		✓	
Dá um objeto que lhe é pedido.	✓		✓	
Executa ordens simples com respostas não verbais.	✓		✓	
Mostra, a pedido, algumas partes do seu corpo.	✓		✓	
Aponta objetos/imagens de uso comum quando designados.	✓		✓	
Compreende explicações sobre situações concretas do dia-a-dia.	✓		✓	
Escuta histórias.	✓		✓	
Executa instruções, incluindo referências à posição relativa de pessoas/objetos.	✓		✓	
Compreende instruções envolvendo uma série de passos.	✗		✗	
Compreende instruções complexas envolvendo uma decisão.	✗		✗	
DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM SOCIAL	✓	✗	✓	✗
Cumprimenta os outros de forma adequada.	✓		✓	
Utiliza frases como “Por favor” e “Obrigado”.	✗		✗	
Interage com as pessoas “dialogando” à vez, através de vocalizações, gestos naturais, sistemas alternativos ou linguagem falada quando existente.	✓		✓	
Responde a perguntas formuladas segundo o modo de expressão adequado.	✓		✓	
Interage com os outros, utilizando formas sociais consensuais mais simples seguindo o modo de expressão mais adequado.	✓		✓	
Interage com os outros utilizando formas linguísticas mais complexas.	✗		✗	
É sociável e respeita as regras implícitas numa conversa.	✓		✓	
Exprime as ideias de forma clara permitindo que os seus sentimentos, necessidades e	✓		✓	

vontades sejam entendidos.		
Narra experiências do dia-a-dia.	✓	✓
Mantém uma conversa.	✓	✓

5. NÚMEROS E TEMPO	Cotação Pré-Interventiva		Cotação Pós-Interventiva	
	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
NÚMEROS	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Compreende o conceito de números.	✓		✓	
Discrimina entre “um”, “vários” e “muitos”.	✓		✓	
Conta dois objetos dizendo “um”, “dois”.	✓		✓	
Conta mecanicamente até dez.	✗		✓	
Conta dez ou mais objetos.	✗		✗	
TEMPO	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Vê as horas corretamente num relógio digital.	✗		✗	
Vê as horas corretamente num relógio analógico.	✗		✗	
Diz as horas num relógio com precisão até ao minuto.	✗		✗	
Compreende intervalos de tempo (ex: entre as 3:30 e as 4:30).	✗		✗	
Compreende a equivalência das horas (ex: 9:15 e nove e um quarto).	✗		✗	
Relaciona as horas com várias ações e eventos.	✗		✗	
CONCEITO DE TEMPO	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Nomeia os dias da semana.	✗		✓	
Refere-se corretamente a “manhã” e a “tarde”.	✓		✓	
Nomeia os meses.	✗		✗	
Nomeia as estações do ano.	✗		✓	
Compreende diferenças entre dia/semana, minuto/hora, mês/ano...	✗		✗	
Sabe dizer a data atual quando questionado.	✗		✗	

6. COMPORTAMENTO SOCIAL	Cotação Pré-Interventiva		Cotação Pós-Interventiva	
	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
AMEAÇA OU VIOLÊNCIA FÍSICA	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Utiliza gestos ameaçadores.	✗		✗	
Indiretamente magoa os outros.	✗		✗	
Insulta as pessoas.	✗		✗	
Cospe nos outros.	✗		✗	
Empurra, arranha ou belisca.	✗		✗	
Puxa o cabelo, as orelhas, etc., dos outros.	✗		✗	
Morde os outros.	✗		✗	
Pontapeia, bate ou esbofeteia os outros.	✗		✗	
Atira objetos aos outros.	✗		✗	
Asfixia os outros.	✗		✗	
Utiliza objetos como armas contra os outros.	✗		✗	
Maltrata animais.	✗		✗	
Outro _____.	✗		✗	
COMPORTAMENTOS VIOLENTOS/BIRRAS TEMPERAMENTAIS	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Chora e grita.	✗		✗	
Bate o pé batendo com objetos ou com portas.	✗		✗	
Bate o pé, gritando e berrando.	✗		✗	

Atira-se para o chão, gritando e berrando.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Outro _____.				
FOGE OU TENTA FUGIR	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Tenta fugir de casa, escola, trabalho, instituição, etc...	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Foge de casa, escola, trabalho, instituição, etc...	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Foge de atividades de grupo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Outro _____.				
RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM ADULTOS/PROFISSIONAIS	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Reage ao contacto físico com outra pessoa.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sorri em resposta à atenção do adulto.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dá atenção às pessoas que se movimentam à sua volta.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Muda as suas reações em função das dos adultos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Imita ações de adultos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Procura chamar adultos familiares.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ajuda o adulto em tarefas simples.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pede ajuda ao um adulto quando necessita.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Segue ordens dos adultos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Utiliza formas convencionais de saudação e cortesia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Estabelece relações preferenciais com alguns adultos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM PESSOAS DA SUA IDADE	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Reage ao contacto físico de um seu par.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sorri em resposta à atenção de um seu par.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dá atenção aos seus pares que se movimentam à sua volta.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Muda as suas reações em função das reações dos seus pares.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Procura chamar à atenção de um seu par.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Interage com dois ou três dos seus pares.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É capaz de esperar pela sua vez nas atividades.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Partilha objetos ou comida com s seus pares.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Segue regras em jogos de grupo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Participa em conversas de grupo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Respeita os objetos pessoais dos seus pares.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Estabelece relações preferenciais com alguns dos seus pares.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Respeita a privacidade dos outros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SITUAÇÕES SOCIAIS	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Reage adequadamente ao contacto com alguém desconhecido.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Comporta-se adequadamente em locais públicos que habitualmente frequenta.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Comporta-se adequadamente em acontecimentos pouco habituais.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Colabora em tarefas de grupo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Colabora regularmente com a família nos trabalhos domésticos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Respeita a propriedade privada e pública.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pede ajuda a desconhecidos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aceita as regras básicas dos grupos: escola e família.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Defende os seus direitos nas relações com os outros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7. COMPORTAMENTO ESTEREOTIPADO E HIPERATIVO	Cotação Pré-Interventiva		Cotação Pós-Interventiva	
COMPORTAMENTOS ESTEREOTIPADOS	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Tamborila com os dedos continuamente.		✗		✗
Bate com o pé continuamente.		✗		✗
As mãos apresentam movimentos constantes.	✓		✓	
Bate-se, coça-se ou esfrega-se continuamente.		✗		✗
Olha fixamente para uma parte do corpo.		✗		✗
Mexe ou abana partes do corpo repetidamente.		✗		✗
Move-se ou abana-se para trás e para a frente.		✗		✗
Apresenta sincinesias.	✓		✓	
Anda de um lado para o outro, sem objetivo definido.		✗		✗
Roda o corpo, a cabeça ou sobre si mesmo repetidamente.		✗		✗
Outro _____.				
COMPORTAMENTOS INTERPESSOAIS INAPROPRIADOS	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Fala demasiado perto da cara dos outros.		✗		✗
Sopra na cara dos outros.		✗		✗
Arrota para os outros.		✗		✗
Beija os outros.		✗		✗
Lambe os outros.		✗		✗
Abraça os outros.		✗		✗
Aperta os outros.		✗		✗
Toca os outros de modo inapropriado.		✗		✗
Agarra-se aos outros com força excessiva.		✗		✗
Agarra-se aos outros e não os deixa ir embora.		✗		✗
Outro _____.				
HÁBITOS VOCAIS OU DE DISCURSO PERTURBADORES	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Dá gargalhadas histéricas.		✗		✗
Fala alto ou grita aos outros, sem motivo aparente.		✗		✗
Fala em voz alta consigo próprio.		✗		✗
Ri de forma inapropriada.		✗		✗
Faz grunhidos, roncões ou outros barulhos desagradáveis.	✓		✓	
Repete continuamente uma palavra ou uma frase.		✗		✗
Imita o discurso dos outros.		✗		✗
Outro _____.				
HÁBITOS ORAIS DESADEQUADOS	✓ Sim	✗ Não	✓ Sim	✗ Não
Baba-se.		✓		✓
Rande os dentes de forma audível.		✗		✗
Cospe no chão.		✗		✗
Rói as unhas.		✗		✗
Rói ou chucha dedos ou outras partes do corpo.		✗		✗
Rói ou chucha roupa ou outros objetos não comestíveis.		✗		✗
Come objetos não comestíveis.		✗		✗
Bebe água da sanita.		✗		✗
Põe tudo na boca.		✗		✗
Come compulsivamente.		✗		✗
Cheira o próprio corpo ou partes do mesmo.		✗		✗

Cheira os objetos quando os manipula, mantendo-se nesta atividade durante algum tempo. Outro _____.	x	x
TENDÊNCIAS DE “HIPERATIVIDADE”	✓ Sim	x Não
Fala excessivamente.	✓	✓
Incapaz de ficar sentado num lugar muito tempo.	NSA	NSA
Corre ou salta ou salta constantemente à volta da sala.	NSA	NSA
É irrequieto e move-se constantemente.	x	x
Anda aos encontros, não se desviando dos obstáculos.	NSA	NSA
Outro _____.		

8. COMPORTAMENTO SEXUAL	Cotação Pré-Interventiva		Cotação Pós-Interventiva	
DESPE OU ARRANCA A SUA PRÓPRIA ROUPA	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Arranca botões ou fechos.	x		x	
Tira inapropriadamente os sapatos ou as meias.	x		x	
Despe-se em momentos desadequados.	x		x	
Tira a roupa enquanto está na casa-de-banho.	x		x	
Arranca a sua própria roupa.	x		x	
Recusa-se a usar a sua própria roupa quando lhe é pedido.	x		x	
Outro _____.				
MASTURBA-SE INAPROPRIADAMENTE	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Tenta masturbar-se manifestamente.	x		x	
Masturba-se em frente a qualquer pessoa.	x		x	
Masturba-se em grupo.	x		x	
Outro _____.				
EXPÕE O CORPO INAPROPRIADAMENTE	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Expõe o corpo desnecessariamente depois de usar a casa-de-banho.	x		x	
Permanece com as calças para baixo ou despe-as em público.	x		x	
Expõe o corpo excessivamente durante atividades.	x		x	
Despe-se em locais públicos ou em frente a janelas iluminadas.	x		x	
Outro _____.				
COMPORTAMENTOS SEXUAIS, DO PONTO DE VISTA SOCIAL, INACEITÁVEIS	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
É demasiado sedutor, quer através da aparência quer através de ações.	x		x	
Abraça ou acaricia intensamente em público.	x		x	
Necessita de observação no que respeita ao comportamento sexual.	x		x	
Levanta ou desabotoa a roupa de outros para tocar intimamente.	x		x	
Tem relações sexuais em públicos.	x		x	
Permite que tirem vantagens sexuais facilmente.	x		x	
Outro _____.				

9. COMPORTAMENTO AUTO-ABUSIVO	Cotação Pré-Interventiva		Cotação Pós-Interventiva	
HÁBITOS E TENDÊNCIAS EXCÊNTRICAS	✓ Sim	x Não	✓ Sim	x Não
Preocupa-se demais com o local onde se senta ou dorme.	x		x	
Mantém-se num local favorito (ex: janela, porta, etc).	x		x	
Senta-se sobre tudo o que vibre.	NSA		NSA	
Tem medo de subir ou descer escadas.	NSA		NSA	

Não quer ser tocado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Grita se for tocado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Outro _____.				
AUTO-AGRESSÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Morde-se ou corta-se.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Bate-se ou agride-se.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Bate com a cabeça ou outras partes do corpo contra objetos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Puxa o seu cabelo, orelhas, etc...	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Arranha-se ou belisca-se causando ferimentos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Provoca propositadamente abuso por parte dos outros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Mexe em qualquer ferida que tenha.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Coloca objetos nas suas orelhas, olhos, nariz ou boca.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Outro _____.				
HÁBITOS ESTRANHOS OU INACEITÁVEIS	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Cheira tudo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Guarda inapropriadamente tudo nos seus bolsos, roupa ou sapatos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Puxa fios das suas roupas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Brinca com a roupa que trás vestida (ex: atacadores, botões, etc...).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Guarda/esconde tudo incluindo comida.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Brinca com a saliva.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Brinca com as fezes e com a urina.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Outro _____.				

OBSERVAÇÕES GERAIS E RECOMENDAÇÕES

A M.X. não apresenta mobilidade alguma nos membros inferiores, e nos membros superiores, apresenta mobilidade reduzida, elevada hipertonia, movimentos constantes e muito pouca força muscular.

Assim, devido às malformações e enfraquecimento e perda progressiva do tecido muscular, torna-se impossível conseguir que a cliente se desloque sozinha na cadeira de rodas.

Check List de Avaliação

Adaptado de: Santos, S. e Morato, P. (2004). Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa.

Todos os itens cotados com a sigla NSP, significa que “Não de aplica” á condição do cliente avaliado.

Responsável pela Observação/Avaliação

Cláudia Silva

Madalena, 13 de Janeiro de 2015.

e

Madalena, 20 de Maio de 2015.