



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora por Terras de Moçambique

- Crianças com Paralisia Cerebral e Jovens com DID -

Uma realidade escondida

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

Vogais:

Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Daniela Almeida Pereira

2016

*Eles não sabem, nem sonham,
que o sonho comanda a vida,
que sempre que um homem sonha
o mundo pula e avança
como bola colorida
entre as mãos de uma criança.*

António Gedeão

Agradecimentos

Cada passo no nosso caminhar só é possível porque nunca caminhamos sozinhos e há sempre quem acredita em cada passo que nós damos, colocando de lado qualquer vontade de desistir. A cada pegada que deixou marca no meu caminho, eu digo ...Obrigada...

Obrigada a cada criança e a cada utente do CRPS, pelo dom da vossa vida, por cada sorriso, por cada lágrima, por cada abraço, por cada olhar, por cada conquista, por terem aceite ser o essencial de um sonho.

Obrigada Mamãs das Mahotas pela vossa força de viver, pelo carinho e amor que sentem pelos vossos filhos, pelo vosso exemplo de mães e de amor incondicional.

Obrigada Mamã Rita e Mamã Rosário por cada aprendizagem da vossa experiência pelo caminho da vida, por aceitarem cada desafio lançado e pelo carinho do vosso colo a cada criança.

Obrigada Manas das Mahotas pela oportunidade de sonhar com vocês, de viver e partilhar a vossa missão, de crescer e crescer e crescer com o vosso exemplo de entrega diária.

Obrigada Mana Sara pela amizade, pela partilha e pelo exemplo diário de ser Mãe e Pai de crianças que recebem colo na sua casa. Obrigada por cada palavra que ficou no silêncio dos nossos corações.

Obrigada Professora Sofia, por acreditar, confiar e valorizar cada passo dado, mesmo nos momentos de maior tribulação. Obrigada por ter dado asas a um sonho e por me ter dado as ferramentas certas para voar, não só profissionais mas também humanas, dadas pelo seu exemplo diário de luta pela aceitação e valorização da vida humana.

Obrigada Espaço da Luz pela oportunidade de crescer e aprender com vocês e pela família que ganhei! Obrigada por terem sido uma das minhas Escolas de Psicomotricidade!

Obrigada Mãe, Pai e Mano pelo amor que nos une, que faz com o pensamento 'o amor liberta' ganhe vida e reflita a essência do nosso amor e respeito pelos sonhos de cada um, na certeza de que seremos sempre o porto seguro uns dos outros.

Obrigada família e família do coração por cada um à sua forma ter sonhado e voado comigo sobre as Mahotas e por nunca me terem deixado aterrar antes do tempo.

Obrigada Brito, pelo carinho, pela aceitação, pelo espaço, pelo teu exemplo de luta diária por um sonho! Obrigada pelo conto de fadas...

Obrigada Inês ... partilhar contigo este voo deu mais sentido não só a um sonho mas a uma vida, que deve ser vivida com a constante entrega e total humildade. Obrigada por explorares cada recanto do ser humano! Obrigada Mana do coração.

Resumo:

O presente documento, criado no âmbito da Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, apresenta o trabalho desenvolvido no Centro de Reabilitação Psicossocial, das Irmãs Hospitaleiras em Maputo – Moçambique. O processo de intervenção psicomotora foi desenvolvido com jovens/adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais e crianças com Paralisia Cerebral ou Atraso Global do Desenvolvimento, durante 8 meses. A intervenção concretizou-se em sessões de grupo e individuais em contexto de atividade motora, terapias expressivas, desenvolvimento pessoal e social com os jovens/adultos e em contexto de promoção do desenvolvimento psicomotor, atividades psicopedagógicas e terapias expressivas com as crianças, com objetivo de promoção de bem-estar, qualidade de vida, funcionalidade e autonomia dos utentes, tendo em conta o contexto cultural, familiar e as potencialidades, dificuldades e interesses. No processo de intervenção estiveram presentes as fases próprias da prática terapêutica, observação, conhecimento e criação de relação empática com os utentes, avaliação inicial, processo de intervenção planeado, avaliação final e comparação dos resultados com avaliação inicial e reflexão sobre o mesmo. É ainda apresentado um projeto de investigação centrado no estudo das atitudes da comunidade do Bairro das Mahotas perante a população com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental.

Palavras-chave: Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental; Paralisia Cerebral; Intervenção Psicomotora; Atitudes.

Abstract:

The present paper describes the work developed during the curricular internship that is part of the Masters in Psychomotor Therapy in the Psychosocial Rehabilitation Center, in Maput, Mozambique. The psychomotor intervention process was developed with young-adults with Intellectual and Developmental Difficulties and children with Cerebral Paralysis or Global Development Delay, during 8 months. The intervention was made in both individual and group sessions. Motor activity, expressive therapies, social and personal development with the young-adults. In psychomotor development promotion context, psycho-pedagogical activities and expressive therapies with children. In order to promote one's well-being, quality of life, functionality and autonomy, being aware of the familiar and cultural context, the potential, the needs and interests. In the intervention process were involved the following therapeutics practice phases, observation, acquaintance and nurturing emphatic relations with the patients, initial evaluation, planed intervention process and final evaluation. The results were compared with the initial evaluation and a reflection was made upon them. It is also introduced in this paper an investigation project focused in the behavioral study of the community, from the Mahotas Neighborhood, towards the population with Development and Intellectual Difficulties.

Keywords: Intellectual and Developmental Disabilities; Cerebral Palsy; Psychomotor Intervention; Attitudes.

Índice Geral

Agradecimentos	ii
Resumo:	iii
Abstract:	iv
Índice Geral	v
Índice de Tabelas	vii
Índice de Figuras	viii
Introdução	1
Enquadramento Teórico e Institucional	3
1 Contextualização de Moçambique e do Bairro das Mahotas	4
1.1 As Pessoas com Deficiência em Moçambique	5
2 Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	9
2.1 Missão, Visão e Valores	10
2.2 Serviços	10
2.3 Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas	11
2.3.1 Assistência Clínica e Terapêutica	11
2.3.2 Unidade de Reabilitação Infantil S. Bento Menni	12
2.3.3 Unidade de Reabilitação de Adultos S. João de Deus	12
2.3.4 Equipa	12
2.3.5 Parcerias e Protocolos	13
2.3.6 Espaço Físico	13
3 Caracterização da População-Alvo	15
3.1 Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental	15
3.1.1 Etiologia	15
3.1.2 Classificação	16
3.1.3 Características	16
3.2 Trissomia 21	19
3.2.1 Etiologia	19
3.2.2 Prevalência	20
3.2.3 Fenótipo Neurológico	20
3.2.4 Fenótipo Comportamental	21
3.3 Paralisia Cerebral	24
3.3.1 Prevalência	24
3.3.2 Diagnóstico	25
3.3.3 Classificação	25
3.3.4 Etiologia	26
3.3.5 Características	27
3.4 Atraso Global do Desenvolvimento	29
3.4.1 Prevalência	30
3.4.2 Avaliação e Diagnóstico	30
3.4.3 Etiologia	30
3.4.4 Condições Resultantes do AGD	31
3.5 Desnutrição e Desenvolvimento Infantil	32

3.5.1	Causas e Consequências.	33
4	Intervenção Psicomotora e o CRPS _____	34
4.1	A Avaliação Psicomotora no CRPS	37
	Enquadramento da prática profissional _____	38
1	A Intervenção Psicomotora no CRPS _____	39
1.1	Calendarização e Horário da Intervenção Psicomotora	39
1.1.1	Atividade Motora.	40
1.1.2	Desenvolvimento Pessoal e Social.	41
1.1.3	Promoção do Desenvolvimento Psicomotor.	42
1.1.4	Terapias Expressivas e Atividades Psicopedagógicas.	42
1.1	Organização do processo de intervenção	44
1.2	Protocolo e Caracterização dos Instrumentos de Avaliação	46
2.3.1	Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa.	47
2.3.2	Instrumento de Avaliação dos Domínios Psicomotores.	48
2.3.3	Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor.	49
2.3.4	Procedimentos.	50
2	Estudos de Caso e Grupos de Intervenção _____	51
2.1	Estudo de Caso da Unidade de Reabilitação de Adultos.	51
2.1.1	Perfil-Intraindividual, Objetivos de Intervenção e Avaliação Final dos Resultados.	53
2.1.2	Apresentação e Discussão dos Resultados.	54
2.2	Estudo de Caso da Unidade de Reabilitação Infantil.	62
2.2.1	Perfil-Intraindividual e Objetivos de Intervenção e Avaliação Final dos Resultados.	63
2.2.2	Apresentação dos Resultados.	66
2.3	Grupo de jovens/adultos da Unidade de Reabilitação de Adultos	69
2.3.1	Perfil do Grupo e Objetivos de Intervenção e Avaliação Final dos Resultados.	69
2.3.2	Apresentação dos Resultados	71
2.4	Grupo de crianças da Unidade de Reabilitação Infantil.	75
2.4.1	Perfil do Grupo e Objetivos de Intervenção e Avaliação Final dos Resultados.	76
2.4.2	Apresentação dos Resultados.	77
2.5	Reflexão dos Estudos de Caso.	81
2.4	Dificuldades e Limitações	82
2.3	Atividades Complementares	84
	Projeto de Investigação _____	87
	As atitudes face à população com DID no Bairro das Mahotas, Maputo _____	88
	Introdução.	88
	Método.	94
	Amostra.	94
	Instrumento.	95
	Apresentação Resultados	96
	Discussão dos Resultados	101
	Conclusão.	106
	Considerações Finais _____	110

Reflexão Pessoal	112
Bibliografia	113
Anexos	133
Anexo A – Plano/Relatório de Sessão de Atividade Motora	133
Anexo B – Plano/Relatório de Sessão de Desenvolvimento Pessoal e Social	136
Anexo C – Plano/Relatório de Sessão de Promoção do Desenvolvimento Psicomotor	138
Anexo D – Plano/Relatório de Sessão de Terapias Expressivas	140
Anexo E – Plano/Relatório de Sessão de Terapias Expressivas e Atividades Psicopedagógicas	142
Anexo F – Ficha de Registo da Avaliação dos Domínios Psicmotores da Unidade de Reabilitação de Adultos	144
Anexo G – Ficha de Registo da Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor da Unidade de Reabilitação Infantil	147
Anexo H – Plano/Relatório de Sessão Individual da utente A.....	150
Anexo I – Plano/Relatório de Sessão Individual da criança N.	152

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Horário das Atividades de Estágio	40
Tabela 2 - Cronograma das Atividades de Intervenção no CRPS	45
Tabela 3 - Cronograma do Plano de Intervenção Psicomotora	46
Tabela 4 - Perfil Intra-Individual da utente A.	53
Tabela 5 - Objetivos gerais e específicos para o processo de intervenção psicomotora e avaliação final dos resultados da utente A.	54
Tabela 6 - Apresentação dos resultados obtidos pela A. no instrumento "Domínios Psicmotores" na avaliação inicial e final.....	59
Tabela 7- Perfil inter-individual da criança N.....	63
Tabela 8- Objetivos gerais e específicos para o processo de intervenção psicomotora e avaliação final dos resultados da criança N.	64
Tabela 9 - Apresentação dos resultados obtidos pela N. na avaliação psicomotora inicial e final	65
Tabela 10 - Caracterização do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação de Adultos.....	69
Tabela 11- Perfil do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação de Adultos	70
Tabela 12- Objetivos gerais e específicos para o processo de intervenção psicomotora e avaliação final dos resultados do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação de Adultos.....	70
Tabela 13 - Apresentação dos resultados obtidos pelo grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação de Adultos na avaliação psicomotora inicial e final	72

Tabela 14 - Caracterização do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação Infantil	75
Tabela 15 - Perfil do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação Infantil.....	76
Tabela 16 - Objetivos gerais e específicos para o processo de intervenção psicomotora e avaliação final dos resultados do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação Infantil	76
Tabela 17 - Apresentação dos resultados obtidos pelo grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação Infantil na avaliação psicomotora inicial e final.....	78
Tabela 18 - Caracterização Demográfica da Amostra	95
Tabela 19 - Frequência das respostas aos itens do ATTID	98
Tabela 20 - Valores t-student para comparação dentro das variáveis - género e habilitações literárias	100
Tabela 21- Valores t-student para comparação das variáveis - situação profissional; contacto com DID; grupos	100

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma do CRPSM de 2016 (Irmãs Hospitaleiras, 2016, p.6).....	13
Figura 2 - Espaço Físico do CRPS: sala polivalente; campo de jogos; sala de atividades; sala de fisioterapia;	13
Figura 5 - Planta da Unidade de Reabilitação Infantil	14
Figura 4 - Planta da Unidade de Reabilitação de Adultos.....	14
Figura 3 - Planta do CRPS	14
Figura 2 – Gráfico de comparação dos resultados obtidos pela A. nos domínios da Parte I da ECAP na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio	55
Figura 7- Gráfico de comparação dos resultados obtidos pela A. nos domínios da Parte I da ECAP na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio	55
Figura 8– Gráfico da comparação dos resultados obtidos pela A. nos domínios da Parte II da ECAP na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio	57
Figura 9- Gráfico da comparação dos resultados obtidos pela A. em cada fator na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada fator da ECAP	58
Figura 10 - Gráfico de comparação dos resultados obtidos pela A. no instrumento "Domínios Psicomotores" na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio.....	60
Figura 11 – Gráfico de comparação dos resultados obtidos pela N. em cada domínio psicomotor na avaliação psicomotora inicial e final com a cotação máxima de cada domínio.....	66
Figura 12 - Gráfico de comparação dos resultados obtidos pelo grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação de Adultos no instrumento "Domínios Psicomotores" na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio	71
Figura 13 - Gráfico de Comparação dos resultados obtidos pelo grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação Infantil em cada domínio psicomotor na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio	78

Introdução

A presente monografia é realizada no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do 2.º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), da Universidade de Lisboa, para obtenção do grau de mestre na área em questão.

O RACP objetiva o conhecimento aprofundado referente à Reabilitação Psicomotora, no que diz respeito à sua base científica e metodológica; a promoção da reflexão multidisciplinar; o desenvolvimento da capacidade de planear, gerir e coordenar serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos seus diversos contextos e domínios de intervenção; o desenvolvimento da capacidade de criação e implementação de novos projetos e novas práticas; e a criação de novas perspetivas profissionais e políticas, permitindo a integração profissional e científica da área, tendo sempre em conta a intervenção psicomotora direta com a população alvo, mas também o contacto com os outros profissionais da instituição e com a comunidade (RACP, 2015/2016).

Esta UC foi realizada no âmbito da Funcionalidade e Qualidade de Vida, tendo como objetivos promover o desenvolvimento de metodologias e instrumentos específicos de avaliação na área em questão (RACP, 2015/2016).

Esta monografia, foi realizada durante o ano letivo 2015/2016, no Centro de Reabilitação Psicossocial do Bairro das Mahotas (CRPS) – Maputo, Moçambique, pertencente às Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, e objetiva fazer uma descrição detalhada das ações realizadas no Centro, seguida de uma análise fundamentada, podendo tirar-se conclusões relativas ao processo desenvolvido, bem como ao resultado final do processo tanto a nível pessoal como profissional (RACP, 2015/2016). A intervenção psicomotora (IPM) foi desenvolvida com jovens/adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), incluindo Trissomia 21 (T21), entre os 13 e os 29 anos e crianças com Paralisia Cerebral (PC) e Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) entre os 3 e os 6 anos de idade. Especificamente com os jovens/adultos com DID foram desenvolvidas sessões de Atividade Motora, Terapias Expressivas e Promoção de Competências Pessoais e Sociais; com as crianças com PC e AGD foram desenvolvidas sessões de Promoção do Desenvolvimento Psicomotor, Terapias Expressivas e Atividades Psicopedagógicas. Foram ainda concretizadas sessões individuais com uma jovem com T21 e com uma criança com AGD, bem como sessões de formação para os cuidadores formais e informais. Importa referir que foi dada grande atenção ao contexto cultural e social onde o CRPS está inserido, tendo os

objetivos da IPM sido adaptados a essa realidade, por forma a que a sua presença fizesse sentido e contribuísse para o alcance dos objetivos gerais e específicos do CRPS, enquanto centro de reabilitação psicossocial.

Este relatório pretende dar a conhecer toda a atividade desempenhada pela estagiária e encontra-se organizado em três principais capítulos:

- **Enquadramento Teórico:** subdividido em quatro subcapítulos: contextualização de Moçambique e do Bairro das Mahotas; apresentação do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), com referência à sua missão, visão e valores, incluindo-se o CRPS, caracterizando a sua assistência clínica e terapêutica, o funcionamento das Unidades (de Reabilitação de Adultos e Infantil), a equipa técnica, as parcerias e protocolos estabelecidos e a descrição sucinta do seu espaço físico; caracterização da população-alvo do CRPS (do ponto de vista da literatura cruzando com as características observadas) e do processo de intervenção psicomotora; a Intervenção Psicomotora desenvolvida, baseada na sua conceptualização teórica, seguindo-se a descrição do espaço que a IPM ocupa no CRPS, e por último referência ao seu papel no processo de reabilitação do CRPS; é, ainda, reportada a avaliação psicomotora concretizada no CRPS;
- **Intervenção Psicomotora no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas** – com a descrição do processo de intervenção ao longo dos 8 meses, envolvendo a Calendarização e Horário da IPM com a descrição de cada contexto de intervenção (atividade motora; desenvolvimento pessoal e social; desenvolvimento psicomotor; terapias expressivas/atividades psicopedagógicas); a Organização do Processo de Intervenção com a apresentação das etapas percorridas ao longo do estágio, com o cronograma das atividades psicomotoras e do do plano de intervenção, apresentando-se, ainda, outras atividades concretizadas pela estagiária; Protocolo e Caracterização dos Instrumentos de Avaliação; e os Estudos de Caso Individuais e de Grupo em Intervenção; e
- **Projeto de Investigação** – com o objetivo de conhecer e analisar as atitudes da comunidade do Bairro das Mahotas face à população com DID, para a identificação de barreiras e facilitadores à aceitação e inclusão social dessa população.

Termina-se este documento com a conclusão final da sua concretização teórica e prática, com referência aos facilitadores e barreiras presentes ao longo de todo o processo da sua construção, com impacto no crescimento profissional e pessoal da estagiária.

Enquadramento Teórico e Institucional

Toda a atividade realizada no âmbito do RACP foi desenvolvida no CRPS, nas suas duas Unidades de Reabilitação. Para uma melhor compreensão do local e da contextualização da instituição, é apresentada neste capítulo uma caracterização do país, cidade e bairro onde a mesma se situa. Importa, também, fazer uma descrição do estado de arte da situação da população com deficiência em Moçambique e, mais especificamente, em Maputo, para melhor compreender a sociedade moçambicana. Seguidamente, é caracterizada a IIHSCJ e o CRPS. Por último, é apresentada a caracterização da população do CRPS, com a qual a estagiária desenvolveu as suas atividades de intervenção psicomotora – DID, T21, PC, AGD – sendo também abordada a influência que a desnutrição tem sobre o desenvolvimento infantil, sendo esta uma realidade muito presente no CRPS.

1 Contextualização de Moçambique e do Bairro das Mahotas

Segundo o Portal do Governo de Moçambique (2015a, b), este país encontra-se dividido em 10 Províncias: Cabo Delgado, Nampula, Niassa, Zambézia, Tete, Sofala, Manica, Inhambane, Gaza e Maputo, tendo 20,366,795 de habitantes - 9,842,760 do género masculino e 10,524,035 do género feminino. Relativamente às necessidades básicas, 10% dos agregados familiares têm energia elétrica, 54% utiliza petróleo e 30% utiliza lenha como fonte de iluminação. Uma grande preocupação é o saneamento, pois 54% das casas não tem qualquer saneamento básico e apenas 10.1% tem água canalizada (INE Moçambique, 2010). Importa também referir que mais de metade da população Moçambicana vive abaixo do limiar de pobreza, sendo também muito elevado o índice de mortalidade infantil (142 em cada 1000 crianças - UNICEF, 2014a).

O CRPS situa-se na província de Maputo, a mais meridional das províncias de Moçambique, com uma área de 22693 km² dividida em 8 distritos, com uma densidade populacional de cerca de 53 habitantes/km². Nesta província observou-se, após a guerra em 1992, um crescimento rápido e descontrolado a nível demográfico, acompanhado por uma consequente degradação das condições de vida (e.g.: saneamento, escolas) dos seus habitantes (Portal do Governo de Moçambique, 2015b). Apesar dos investimentos nas áreas de turismo, infraestruturas rodoviárias, comunicações e indústria, a taxa de desemprego continua muito elevada, sobretudo na faixa etária dos jovens e nas mulheres (Portal do Governo de Moçambique, 2015b).

Dentro desta província encontra-se o Bairro das Mahotas, onde está edificado o CRPS. Segundo Loforte (2002) esta zona tem experienciado, nas últimas décadas, um crescimento acentuado devido à mobilidade residencial dos habitantes de Maputo, à migração causada pela guerra desde 1992 (sobretudo das zonas rurais das províncias de Gaza e Inhambane), crise de produção, destruição dos circuitos de comercialização no campo, entre outros (e.g.: destruição de infraestruturas e vias de comunicação, medo e violência), sendo uma zona com elevada densidade populacional. O conjunto destes fatores dá origem a uma redução dos rendimentos económicos e faz aumentar o número de desempregados, que encontram na cidade uma possibilidade de garantir a sua sobrevivência, deslocando-se desta forma para este Bairro próximo da capital (Loforte, 2002). De acordo com o mesmo autor, apesar de estar situado na periferia da capital, é um bairro que ainda não dá total resposta às necessidades básicas da população: acesso à água, eletricidade e apoio hospitalar, verificando-se a ausência de infraestruturas sociais e económicas.

Após esta contextualização, é apresentada a situação atual da população com deficiência de Moçambique, com maior destaque sobre a região de Maputo.

1.1 As Pessoas com Deficiência em Moçambique

Segundo a UNICEF Moçambique (2014a) mais de metade da população moçambicana vive abaixo do limiar de pobreza, sendo muito frequente o abandono de crianças/jovens, sobretudo com deficiência e expostas a condições de carência extrema. Um dos indícios que coloca Moçambique entre os 15 países do mundo em pior situação. De acordo com a mesma fonte, sabe-se que existem cerca de 2.1 milhões de crianças/jovens em situação de vulnerabilidade (e.g.: afetadas ou infetadas pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), em instituições como orfanatos ou prisões, com deficiência, vítimas de violência, casadas antes da idade legal), e com maior probabilidade de estigmatização, de trabalhar em situações de risco ou na rua, de ser sujeitas a exploração, tráfico, abuso e negligência, para além do menor acesso a serviços básicos de saúde, educação, água e saneamento (UNICEF Moçambique, 2014a). São ainda identificadas, algumas atitudes baseadas na compaixão e no assistencialismo (RAVIM e *Handicap International* Mozambique, 2010).

Sabe-se que existe uma prevalência de 2% a 6% de deficiência, na população infantil e juvenil moçambicana (UNICEF Moçambique, 2014b), sendo apontadas como principais causas a doença (58%) e problemas congénitos à nascença (33%), sendo as deficiências mais comuns a amputação de membros inferiores (21%) e superiores (8%), a

deficiência auditiva (13%) e visual (9%), a DID (9%), e a PC (7% - UNICEF Moçambique, 2014b; PNAD II, 2012). Nas cidades de Maputo e Matola (as duas maiores cidades e mais populosas da província de Maputo e locais de proveniência dos utentes do CRPS), existem 33% de indivíduos com deficiência visual, 28% com deficiência motora, 11% com deficiência auditiva, 14% com dificuldades de memória e concentração, 8% com dificuldades de autonomia (e.g.: tomar banho, vestir) e 7% com dificuldades de compreender ou fazer-se compreender (RAVIM e *Handicap International* Mozambique, 2010).

A grande maioria das pessoas com deficiência vive nas zonas rurais com níveis de pobreza elevados, existindo, elevada escassez/ausência de serviços de saúde e de educação, resultando em pobreza e vulnerabilidade (UNICEF Moçambique, 2014b). Na atualidade, e no que diz respeito à população com deficiência, Moçambique tem registado alguns avanços, tendo aprovado em 2012, o Plano Nacional de Ação para a Área da Deficiência (PNAD), que determina as prioridades de intervenção e que resultou da ratificação de inúmeros documentos internacionais e nacionais (PNAD II, 2012).

De referir ainda que em 2009 foi criado, em Moçambique, o projeto “Cidade e Deficiência” pela *Handicap Internacional (HI)*, uma organização não-governamental que se foca nas comunidades pobres de Maputo e Matola. O projeto procura melhorar o acesso aos serviços sanitários e sociais, a promoção da sua participação social, o desenvolvimento de um sistema de serviços inclusivos, a formação e sensibilização sobre a deficiência, entre outros (RAVIM e *Handicap International* Mozambique, 2010). A *HI* Moçambique, com a UNICEF, consegue estar presente em 20 bairros (10 em Maputo e 10 em Matola), com 20 equipas móveis constituídas por um elemento do Instituto Nacional da Ação Social (INAS) e por outro membro de uma organização para pessoas com deficiência, trabalhando em conjunto com as autoridades e ativistas das comunidades. O projeto identifica as pessoas com deficiência e suas famílias para, posteriormente, se trabalhar com elas na comunidade, tornando-se parte ativa do processo, ajudando a identificar soluções sustentáveis para necessidades específicas. A nível nacional este projeto permite aumentar a consciencialização da condição de deficiência, bem como a criação de políticas e práticas inclusivas (UNICEF/*Handicap International* Mozambique, 2015).

Em seguida, será feita uma descrição breve relativa à situação do país, em diversas áreas.

Educação: Segundo a OMS (2011) os indivíduos com deficiência apresentam desvantagens na formação educacional e laboral, denotando menores taxas de

frequência escolar. Desde a adoção da Declaração Universal das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (ONU, 1948), a educação é um direito humano básico, apesar de tal não se verificar na população mundial (Christie, 2010). Concretamente, na zona de Maputo e Matola, o nível de alfabetização das pessoas com deficiência é mais baixo que na restante população variando entre 69 e 82% para o género masculino e entre 82 e 95% para o género feminino, com e sem deficiência, respetivamente. Acresce, ainda, a menor taxa de indivíduos nas escolas a partir da transição para o ensino secundário: 78% das pessoas com deficiência frequentam o ensino primário e apenas 16,9% o ensino secundário (vs. 27,2% da população dita normal), reduzindo para 0,4% no ensino superior (RAVIM e *Handicap International Mozambique*, 2010).

A educação inclusiva enfrenta muitas barreiras (e.g.: falta de formação, excesso de alunos - 85 alunos por turma), sendo difícil dar resposta às necessidades educativas dos alunos com deficiência (RAVIM e *Handicap International Mozambique*, 2010). Os problemas económicos (65 a 74%), a falta de apoio familiar (40%), as limitações pedagógicas (40%), a escassa informação (28 a 36%), as atitudes (13%) e as condições arquitetónicas (18 a 23%), constituem barreiras identificadas neste âmbito (PNAD II, 2012; RAVIM e *Handicap International Mozambique*, 2010). O Governo de Moçambique, através do Ministério da Educação, tem feito esforços para assegurar a inclusão das crianças/jovens com deficiência nas escolas regulares (UNICEF Moçambique, 2014b), sendo visível o esforço crescente na redução de barreiras ambientais e na capacitação e formação psicopedagógica permanente dos docentes (PNAD II, 2012). No contacto da estagiária com a comunidade do Bairro das Mahotas, verifica-se que as escolas regulares públicas, não conseguem dar resposta ao número total de crianças em idade escolar, ficando excluídas dessas vagas sobretudo as crianças com necessidades educativas especiais (NEE). Para além disso na cidade de Maputo existem apenas duas escolas de ensino especial (uma para crianças com deficiência auditiva e outra para crianças com DID – Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, 2013), insuficientes para dar resposta a todas as crianças com NEE.

Saúde: Para além das condições inerentes à deficiência, existe uma maior vulnerabilidade ao VIH agravada pelas dificuldades no acesso aos mecanismos de prevenção e avaliação (UNICEF Moçambique, 2014b). Várias organizações (OMS, 2011; UNAIDS, OMS e OHCHR, 2009) alertam para a escassez de dados sobre o VIH/Sida na população com deficiência, para a necessidade de programas de sensibilização e para a necessidade do transfer da investigação para a política e prática.

Existe uma maior tendência da pessoa com deficiência para contrair malária, apesar das taxas terem diminuído 50% (OMS, 2011). A desnutrição é um fator associado à deficiência como causa (comprometimentos no desenvolvimento neural) e consequência (dificuldade na ingestão de alimentos), continuando Moçambique a ser o 9.º país com maior taxa de desnutrição crónica do continente Africano (Kerac et al., 2014; UNICEF Moçambique, 2014b), visível na população infantil do CRPS.

Na avaliação do Plano Nacional de Ação da Área de Deficiência (PNAD I, 2006-2010) é referido que apesar de um maior número de indivíduos com deficiência passaram a ter acesso aos serviços de reabilitação, assistência médica, medicamentosa e terapêutica, constataram-se ainda dificuldades ao nível da disponibilidade e melhoria da qualidade dos serviços de assistência prestados, com destaque para os hospitais públicos, à inexistência/distância de centros especializados de medicina física e de reabilitação, e à falta de medicamentos nas farmácias públicas (PNAD II, 2012; UNICEF Moçambique, 2014b). As barreiras linguísticas e culturais, os confrontos entre valores e crenças individuais e culturais e os custos inerentes à saúde são outras das barreiras (Mir, Nocon, Ahmad e Jones, 2001; RAVIM e *Handicap International* Mozambique, 2010).

Bem-estar e Aceitação social: A população com deficiência em Moçambique é alvo de discriminação e estigmatização social, bem como de abusos por parte da comunidade e da própria família, que vêem a pessoa com deficiência como um castigo ou maldição, com maior impacto no género feminino (PNAD II, 2012; UNICEF Moçambique, 2014a), verificando-se no estudo de Omoniyi (2014) atitudes mais favoráveis dos pais para com as crianças do género masculino. No âmbito do lazer, cultura e desporto, os constrangimentos devem-se a problemas económicos, à falta de infra-estruturas adaptadas e adequadas para os indivíduos com deficiência (PNAD II, 2012).

Quanto à participação social em Maputo e Matola, em 2009 (RAVIM e *Handicap International* Mozambique, 2010), as pessoas com deficiência apenas representaram 3.3% dos beneficiários, tendo-se identificado como obstáculos a dificuldade de seleção (81%), a obtenção de informações sobre os programas (72%), a fraca qualidade de atendimento (60%) e problemas relativos à mobilidade (45%). As barreiras à participação em atividades desportivas e culturais identificadas foram (UNICEF/*Handicap International*, 2015): os constrangimentos económicos (54 a 77%), a falta de infraestruturas disponíveis (76%), a escassez de informação (50%), a falta de acessibilidade comunitária (25 a 50%) e em casa (14%). As barreiras à aceitação social das pessoas com deficiência passam por variáveis demográficas como a idade, o nível de escolaridade e o contacto direto (Jorm e Oh, 2009; Lauber, Nordt, Falcato e Roessler

2003), bem como por valores religiosos e culturais que associam a deficiência a causas religiosas/sobrenaturais (Adewuya e Makanjuola, 2008; McCabe e Priebe, 2004), que influenciam o tipo de intervenção: modelo biomédico na região ocidental vs. intervenções espirituais/religiosas em África e na Ásia (Mir et al., 2001).

Situação Legislativa e Jurídica: No que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência, constata-se algum avanço, havendo, ainda, muitas etapas a percorrer na garantia dos direitos das crianças/jovens com deficiência (UNICEF Moçambique, 2014b). As respostas (e.g.: saúde, educação e apoio alimentar, legal, financeiro e psicossocial) são da responsabilidade do Ministério da Mulher e da Ação Social, que sofre, no entanto, um grande défice de recursos humanos (PNAD II, 2012). O Governo adotou as principais convenções internacionais (e.g.: Convenção sobre os Direitos da Criança - CDC), mas que não prevalecem sobre a legislação doméstica, não sendo, por isso, sujeita à jurisdição dos tribunais (PNAD II, 2012; UNICEF Moçambique, 2014b). A constituição da República de Moçambique determina a proteção dos direitos e deveres de todos os cidadãos moçambicanos (artigo 35.º), e reforça a igualdade de oportunidades dos cidadãos com deficiência (artigo 37.º) indo ao encontro do artigo 31.º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (PNAD II, 2012; UNICEF Moçambique, 2014b).

A CDC foi a base da criação de um quadro legal e político abrangente para as crianças/jovens, incluindo a Lei de Proteção e Promoção dos Direitos da Criança (Decreto de Lei n.º 7/2008), que transpõe os princípios e principais cláusulas da CDC para a legislação moçambicana, apesar de necessitar de ser regulamentado (PNAD II, 2012). Em conformidade com essa lei, o Governo de Moçambique criou vários órgãos (UNICEF Moçambique, 2014b; PNAD II, 2012), e vários normativos (e.g.: Lei da Família - Decreto-Lei n.º 10/2004; Lei da Organização Tutelar de Menores - Decreto-Lei n.º 8/2008, entre outros), tendo aparecido algumas leis na educação, saúde, proteção social e outras (PNAD II, 2012), apesar da sua aplicação ser ainda frágil (UNICEF Moçambique, 2014b).

Após esta contextualização geográfica e demográfica, será apresentada a Instituição onde se desenvolveu o estágio - o IIHSCJ e o CRPS.

2 Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

O IIHSCJ, com sede em Portugal, faz parte de uma Congregação Religiosa formada no século XIX (31 de maio de 1881) em Ciempozuelos – Madrid, Espanha, sob a

responsabilidade de São Bento Menni, Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez para dar apoio às pessoas com problemas de saúde mental e com perturbações de origem física e/ou psíquica, atentando nos mais desfavorecidos (Irmãs Hospitaleiras, 2015a). A Congregação tem levado a sua missão pelos 4 continentes, baseada na perspetiva cristã, concretizando-a através de várias estruturas assistenciais e de acompanhamento. O principal objetivo é cuidar das pessoas que sofrem, atuando ao nível da prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e reintegração. Para tal, o IIHSCJ conta com a Comunidade Hospitaleira que envolve as pessoas que estão aos seus cuidados, os seus familiares, colaboradores, voluntários, benfeitores e amigos, pessoas em formação e as Irmãs (Irmãs Hospitaleiras, 2015a).

O IIHSCJ baseia a sua intervenção comunitária em quatro vertentes hospitaleiras: Assistencial (envolvimento de uma equipa multidisciplinar, baseando a sua assistência nas características e crenças individuais de cada pessoa); Gestão e Administração (ética/legalidade, equidade e solidariedade, ausência de fins lucrativos e transparência, capacidade técnica, inovação, eficácia e eficiência, autofinanciamento e sustentabilidade, proatividade, promoção da inovação, entre outras); Relação com os Colaboradores (responsáveis pelas pessoas que o Centro cuida, atuando de acordo com os objetivos, valores e missões do IIHSCJ); e Diálogo com a Sociedade (Irmãs Hospitaleiras, 2015e).

2.1 Missão, Visão e Valores

O IIHSCJ tem como **missão** prestar cuidados diversificados e humanizados e como **visão** o desenvolvimento de uma intervenção especializada, sobretudo, em saúde mental e psiquiatria, partindo de uma visão holística da pessoa e do respeito pela sua individualidade, na complementaridade entre ciência e humanidade, em conformidade com a Matriz Hospitaleira e a Doutrina Social da Igreja (Irmãs Hospitaleiras, 2015b). Como **valores** defende e preconiza a sensibilidade em relação aos excluídos, o serviço aos doentes e necessitados, o acolhimento libertador, a saúde integral, a qualidade profissional, a humanidade na atenção, a ética em toda a atuação e a consciência histórica (Irmãs Hospitaleiras, 2015b).

2.2 Serviços

O IIHSCJ é constituído por estabelecimentos de saúde em Portugal, com uma variedade de serviços clínico-terapêuticos: psiquiatria, psicogeriatría, gerontopsiquiatria, reabilitação psicossocial, toxicod dependência, ambulatório, cuidados continuados integrados e paliativos. Em Portugal continental existem 8 centros, e nas Ilha da Madeira e Açores

existem 2 centros. Em África, o IIHSCJ apoia dois países: Moçambique (CRPS - Maputo e o Projeto de Saúde Mental Comunitário - Macia) e Angola (Centro de intervenção comunitária - Lubango - Irmãs Hospitaleiras, 2015c). Os serviços têm por base o Plano Individual, com equipas interdisciplinares (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, psicomotricistas, entre outros - Irmãs Hospitaleiras, 2015c).

2.3 Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas

O CRPS existe com o apoio do IIHSCJ e funciona com a aprovação do Ministério da Saúde de Moçambique (Irmãs Hospitaleiras, 2015d; 2016), tendo sido fundado em 1998, no Bairro das Mahotas – Maputo, com objetivos de prestar cuidados especializados, tratamento psicofarmacológico/psicoterapêutico e acompanhar a pessoa com problemas de saúde mental na participação social. Atualmente funciona em regime de centro de dia e ambulatório, entre as 8h e as 15h30, com duas Unidades de Reabilitação com capacidade para 75 utentes internos: de Adultos S. João de Deus (doravante designada por Unidade de Adultos) e Infantil S. Bento Menni (Unidade Infantil).

2.3.1 Assistência Clínica e Terapêutica.

A intervenção clínica nas unidades de reabilitação está orientada para a autonomia e manutenção das atividades de vida diária (AVD), assim como o apoio farmacológico e psicossocial, sempre de acordo com o plano individual dos utentes e com o acompanhamento da equipa técnica assistencial (Irmãs Hospitaleiras, 2016). O centro disponibiliza consultas de (pedo)psiquiatria, psicologia e enfermagem, bem como apoio alimentar e sessões de terapia ocupacional, e na unidade infantil ainda são disponibilizadas consultas de fisioterapia e fisioterapia (Irmãs Hospitaleiras, 2016).

Para além das duas Unidade de Reabilitação, o CRPS agrega ainda uma estrutura assistencial, o CAT – Centro de Acolhimento Temporário, com capacidade para 5 utentes adultos, estabilizados clinicamente e em processo de integração na comunidade e na família. Frequentam o CRPS durante o dia com o objetivo de promover a sua autonomia pessoal e integração sociocomunitária (Irmãs Hospitaleiras, 2016).

No CRPS são desenvolvidos os seguintes projetos de reabilitação: tapeçaria, rendas, bordados e costura; bijuteria e artes plásticas, reciclagem do papel; quinta pedagógica – horticultura, agropecuária e jardinagem; espaço mulher/homem; treino de AVD; treino de competências pessoais e sociais; educação para a saúde; e estimulação psicomotora, bem como outras atividades que contribuem para a reabilitação: reuniões comunitárias;

apoio nas refeições; limpeza de espaços comuns; educação parental (Irmãs Hospitaleiras, 2016).

Seguidamente é apresentada cada uma das Unidades de Reabilitação onde a estagiária desenvolveu as suas atividades de IPM.

2.3.2 Unidade de Reabilitação Infantil S. Bento Menni.

A Unidade de Reabilitação Infantil S. Bento Menni unidade, criada em 2002, constitui a valência infantil do CRPS, com capacidade para 35 crianças até aos 12 anos com diferentes diagnósticos (e.g.: PC, AGD, DID e T21, epilepsia, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tuberculose e malnutrição), prestando-lhes apoio nutricional, farmacológico e de reabilitação física e psíquica. A intervenção visa potenciar o desenvolvimento infantil, para uma maior autonomia nas AVD e/ou bem estar, sendo desenvolvidas ações de educação pedagógica para os cuidadores no âmbito da saúde, alimentação e estimulação psicomotora (Irmãs Hospitaleiras, 2015d; 2016).

2.3.3 Unidade de Reabilitação de Adultos S. João de Deus.

A Unidade de Reabilitação de Adultos S. João de Deus unidade, criada em 1998, tem capacidade para 40 jovens/adultos com DID e/ou problemas neuropsiquiátricos (e.g.: epilepsia, psicoses), estabilizados clinicamente e com capacidades para reinserção social. Esta Unidade recebe também os utentes que até aos 12 anos de idade estavam na Unidade Infantil e que não foram inseridos na comunidade escolar, assegurando-se o seu processo de aprendizagem e integração social. Os utentes são provenientes dos bairros de Maputo que rodeiam o Centro e/ou transferidos do Hospital Psiquiátrico Infulene (Irmãs Hospitaleiras, 2016). Nesta Unidade são desenvolvidos programas de reabilitação psicossocial para a aprendizagem e aquisição de competências de autonomia, reinserção familiar e integração sócio laboral (Irmãs Hospitaleiras, 2015d; Irmãs Hospitaleiras, 2016).

2.3.4 Equipa.

A equipa do CRPS é constituída por 20 elementos: 14 profissionais do Centro (fisiatra, fisioterapeuta, enfermeiro, 6 monitoras, porteiro, motorista/manutenção, cozinheira, ajudante de cozinha e agricultor) e 6 enviados pelo Ministério da Saúde de Moçambique (2 psicólogos, psiquiatra, técnica de psiquiatria, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta). Periodicamente, o Centro recebe profissionais voluntários e estagiários do curso de ação social, de psicologia, de terapia da fala e de terapia ocupacional (Irmãs Hospitaleiras, 2016).

As unidades e serviços que constituem o CRPS e a sua organização hierárquica estão representados graficamente no organograma da **Error! Reference source not found..**

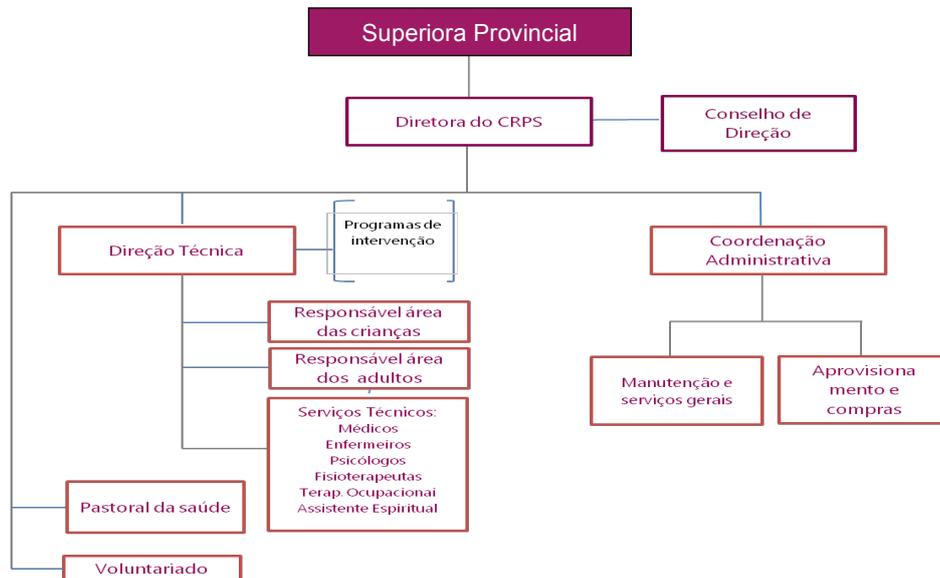


Figura 1 - Organograma do CRPSM de 2016 (Irmãs Hospitaleiras, 2016, p.6)

2.3.5 Parcerias e Protocolos.

O CRPS conta com o apoio do Ministério da Saúde de Moçambique, através do acordo de cooperação de 1999, com o envio de alguns técnicos (referidos anteriormente). Conta também com o apoio da Congregação das IHSCJ, de benfeitores residentes em Moçambique e de outros países (produtos alimentares e de higiene), *Fundación Benito Menni* (Fundação Espanhola); e Associação Portuguesa Amigos de Raoul Follereau (produtos alimentares). O CRPS funciona também em parceria com o Hospital Psiquiátrico Infulene de Moçambique (Irmãs Hospitaleiras, 2016).

2.3.6 Espaço Físico.

O espaço físico do CRPS é constituído pelas duas Unidades, um campo de jogos, cozinha, lavandaria, casa dos voluntários, casa das Irmãs e quinta pedagógica (Figura 3). Para efeitos do estágio importa sobretudo conhecer o espaço físico de cada uma das unidades: as atividades de intervenção psicomotora na Unidade de Adultos (Figura 4) foram desenvolvidas na sala Polivalente e no Campo de Jogos. As atividades de intervenção psicomotora na Unidade Infantil (Figura 5) foram realizadas numa das salas de atividades, na sala de Fisioterapia, no jardim e parque infantil.



Figura 2 - Figura 2 - Espaço Físico do CRPS: sala polivalente; campo de jogos; sala de atividades; sala de

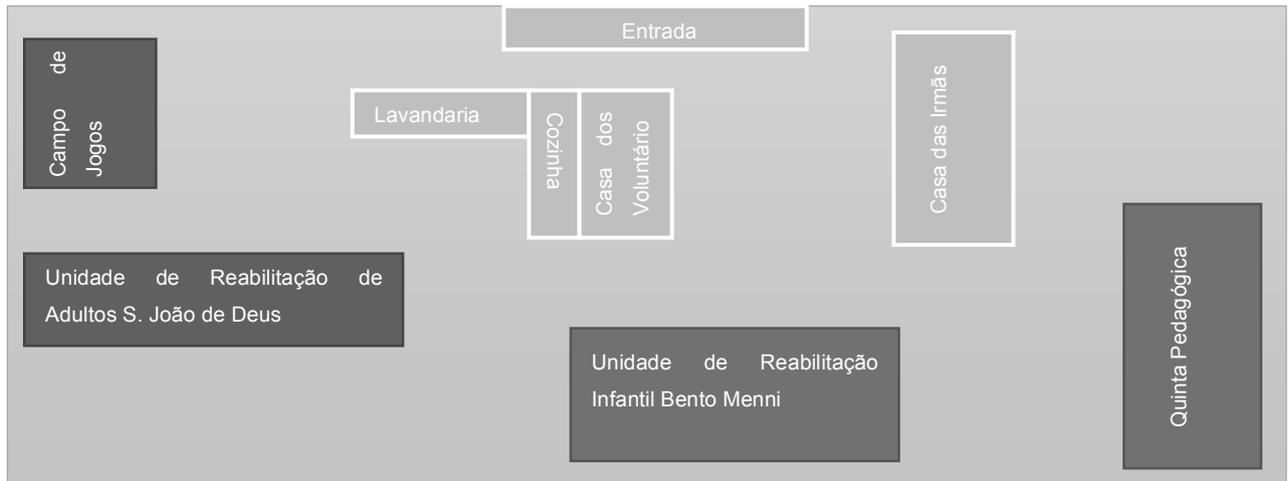


Figura 5 - Planta do CRPS

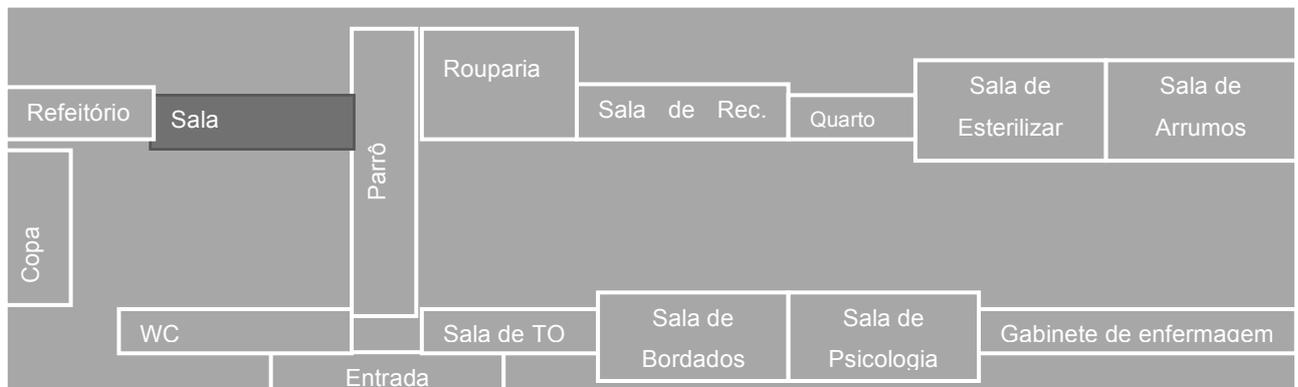


Figura 4 - Planta da Unidade de Reabilitação de Adultos

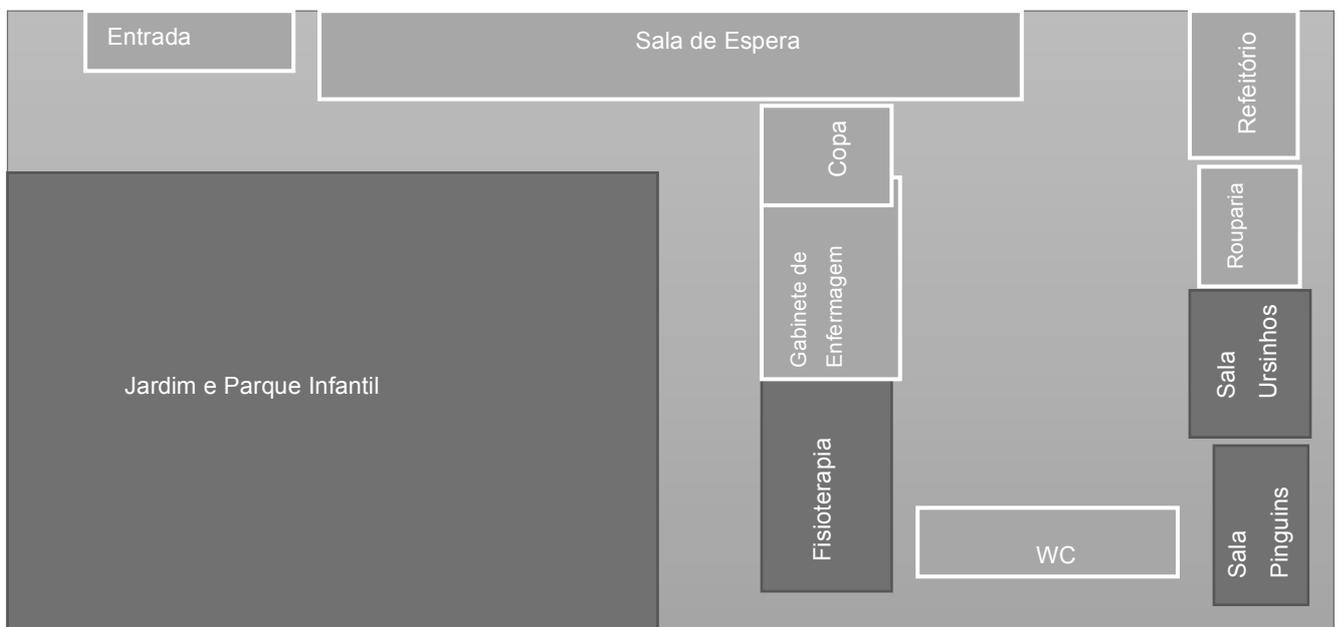


Figura 3 - Planta da Unidade de Reabilitação Infantil

Depois desta caracterização do CRSP, será apresentada a população com quem se desenvolveu as atividades de estágio.

3 Caracterização da População-Alvo

Na Unidade de Adultos a população-alvo são jovens e adultos entre os 13 e os 50 anos sobretudo com DID e/ou problemas a nível psíquico (e.g.: esquizofrenia e perturbações da personalidade), tendo a estagiária realizado a sua intervenção com os jovens/adultos com DID, especificamente com alguns jovens com T21. Na Unidade Infantil a população-alvo são crianças até aos 12 anos de idade com diferentes patologias, entre as quais PC e AGD, pelo que em seguida se procede a uma revisão da literatura sobre estes principais diagnósticos, apresentando-se, ainda, um breve enquadramento da influência da desnutrição infantil no desenvolvimento típico.

3.1 Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

A DID é definida como um conjunto de limitações concomitantes no funcionamento intelectual e adaptativo, expressos nas capacidades sociais, conceptuais e práticas, que surgem antes dos 18 anos de idade (Schalock et al, 2007a). Avaliação do funcionamento intelectual e adaptativo para efeitos de diagnóstico, devem situar-se dois desvios-padrão abaixo da média (Luckasson et al., 2002). O seu conceito tem sofrido alterações, e em Portugal, em 2007, atraso mental, deficiência mental e outras terminologia, são redefinidas passando a usar-se o termo DID (Morato e Santos, 2007), indo ao encontro das práticas profissionais internacionais, centradas na funcionalidade e nos fatores contextuais, providenciando uma base lógica para a prestação de apoios individualizados, devido à sua estrutura sócio ecológica, sendo um termo menos ofensivo e estigmatizante (Schalock et al, 2007a). A especificidade individual deve ser validada no contexto sociocultural, de acordo com as expectativas etárias e um plano de apoios adequado e individualizado (Schalock et al., 2007a).

O conhecimento da etiologia permite compreender a relação entre as causas e as estratégias a utilizar (Santos e Morato, 2002), pelo que serão abordadas em seguida.

3.1.1 Etiologia.

A atual abordagem multifatorial da DID reconhece que cerca de 40% a 50% das causas de DID não são ainda conhecidas, organizando-as em fatores de risco de acordo com a sua temporalização: pré, peri ou pós-natal (Schalock et al, 2007b) ou contextualização (Harris, 2006; Harris, 2010): **fatores biomédicos** relacionados com processos biológicos (e.g.: perturbações genéticas ou alterações da nutrição); **fatores sociais** relacionados com interações sociais e familiares; **fatores comportamentais** (e.g.: abuso e

dependência de substâncias por parte da mãe); e **fatores educacionais** relativos à disponibilidade de apoios educativos com impacto a nível intelectual e adaptativo.

3.1.2 Classificação.

A classificação da DID é importante por diversos motivos (e.g.: benefícios financeiros, investigação, seleção dos serviços, entre outros), existindo vários sistemas de classificação. A *American Psychological Association* (APA, 2013) e a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF – Organização Mundial de Saúde - OMS, 2001) baseiam a sua classificação na severidade das limitações, distinguindo: **Ligeira (50<QI<69)**: com dificuldades académicas, mas em adulto com capacidade de trabalho e de manter boas relações sociais; **Moderada (35<QI<49)**: apesar das limitações podem desenvolver capacidades de autonomia, comunicar com os pares e adquirir conhecimentos académicos; **Severa (20<QI<34)**: com necessidade de apoio contínuo; **Profunda (QI<20)**: com dependência de terceiros e grandes dificuldades de comunicação, mobilidade e funcionalidade; e **Outras DID sem especificação**.

Thompson et al. (2004, 2009) apresentam uma nova proposta de classificação da DID, baseados na necessidade de apoios (intensidade e duração): **Apoios Intermitentes**: esporádicos, de curto prazo ou em períodos específicos, podendo ser de baixa ou alta intensidade; **Apoios Limitados**: contínuos principalmente em períodos críticos, por um tempo limitado, mas não intermitente; **Apoios Extensivos**: regulares/diários em contextos específicos; e **Apoios Pervasivos**: constantes e com elevada intensidade, sendo mais intrusivos que os outros.

Segundo Schalock et al. (2010), a intervenção com a população com DID implica um conhecimento das características funcionais, sendo estas apresentadas em seguida.

3.1.3 Características.

Apesar da variabilidade fenotípica e funcional, a população com DID apresenta características comuns (WHO, 2007), sendo visível dificuldades nas AVD (e.g.: vestir, comer), no discurso e na aquisição das formas de locomoção; durante a idade escolar observam-se dificuldades na aprendizagem académica e na idade adulta são reportadas dificuldades na área da ocupação laboral, vida independente e relações com os pares (Woolf, Woolf e Oakland, 2010). Este conjunto de características foram observáveis na população jovem/adulta com DID do CRPS e permitiram uma planificação da intervenção individual, apresentando-se de seguida a descrição dessas características fazendo a ponte com os casos com quem a estagiária entrevistou.

A DID caracteriza-se por limitações significativas no **funcionamento cognitivo**, o que se traduz em dificuldades de aprendizagem (globais e não específicas) na leitura, escrita e cálculo (Barnhill, Koning e Kartheiser, 2007; Fonseca, 1989), de aquisição de aptidões e conhecimentos e de resolução de problemas (Schalock et al., 2010). No casos dos utentes com DID do CRPS estes apresentaram dificuldades não só na aquisição dos conhecimentos como também na sua retenção e memorização: na avaliação inicial verificou-se que os utentes não sabiam ler (não nomeiam as letras do alfabeto, nem reconhecem o seu nome escrito), nem escrever (e.g.: o nome, ou escreve com troca ou omissão de letras), nem fazer cálculos (não reconhecem números, nem realizam operações matemáticas básicas), não reconheciam os meses/estações do ano, dias de semana, data e horas.

Fonseca (2001b) defende que estas dificuldades cognitivas podem ser justificadas por disfunções entre os processamentos inferiores e superiores de informação, que leva a desequilíbrios no processamento automático e superior, com influência nos julgamentos e percepções. A literatura aponta ainda alterações nas funções simbólicas e representativas, nas funções que interferem na percepção e descodificação de informação e compreensão verbal (Carulla et al., 2011; Harris, 2010), estando estas características presentes nos utentes com DID. São também visíveis limitações na construção de imagens mentais, tendo as instruções de cada tarefa de ser simples, objetivas e se possível acompanhadas de demonstração, observando-se também distração com elementos do contexto (Burack, Hoddapp e Zigler, 1998). Observam-se problemas de categorização, com dificuldades no momento de construir e memorizar imagens mentais, apresentando dificuldades no processo de generalização, abstração e sequencialização lógica de tarefas e acontecimentos (Burack et al., 1998; Blasi, Elia, Buono, Ramakers e Nuovo, 2007; Harris, 2010), tal como é observado nos utentes do CRPS, com necessidade de perguntas concretas para uma melhor compreensão sequencial de um acontecimento.

Também ao nível da **linguagem e da comunicação** são identificadas limitações ao nível da linguagem (APA, 2013) recetiva, integrativa e expressiva, sobretudo na componente verbal (Gerenser e Forman, 2007; Jacobson, Mullick e Rojahns, 2007), observando-se um vocabulário reduzido, pouco fluente e impreciso (Fonseca, 2001b). É também possível observar-se dificuldades na produção do discurso (e.g.: ecolálias e esteriótipas) e na articulação, fonologia e imitação vocal (Burack et al., 1998; Jacobson et al., 2007; Zikl, Holoubková, Karásková e Veselíková, 2013). Assim, existe uma diminuição

no nível de compreensão e de ser compreendido dos utentes, apresentando um discurso pobre e desorganizado (Burack et al., 1998; Jacobson et al., 2007).

Na população com DID o processamento cognitivo e a integração sensorial estão comprometidos, colocando em causa as respostas motoras e de expressão corporal (Santos e Morato, 2012b), pelo que os **fatores psicomotores** estão menos disponíveis nas componentes de execução, com menor precisão e maior lentidão, levando a problemas de expressão e processamento – dismetrias, discronias e dispraxias (Fonseca, 1995), observando-se também alterações do tónus (e.g.: hipo ou hipertonia, paratonia, distonias, disquinésias, sincinesias, representação dissomatognósica, entre outros). Nesta população é visível uma discrepância entre o desenvolvimento cognitivo e motor ao mesmo tempo que apresenta um desempenho psicomotor significativamente inferior aos seus pares típicos (Santos e Morato, 2007; Smits-Engelsman e Hill, 2012; - Barnhill et al., 2007), o que se repercute nas habilidades adaptativas. As alterações no domínio psicomotor a nível funcional refletem-se através de variações tónicas, tal como referido anteriormente, sendo visível nos utentes do CRPS, dificuldades significativas em controlar a passividade e paratonia. Estão também associadas à população com DID e observadas nos utentes do CRPS, dificuldades ao nível do equilíbrio estático e dinâmico (Vjuik, Hartman, Scherder e Visscher, 2010), ao nível da estruturação espacial e temporal (Barnhill et al., 2007; Mansur e Marcon, 2006), da noção e representação do corpo (Fonseca, 1995) e ao nível da motricidade fina (Mansur e Marcon, 2006; Vjuik et al., 2010; Zikl et al., 2013). Os indivíduos com DID têm também dificuldades em realizar tarefas não familiares, e em adaptar-se a situações novas, com rigidez e limitação das “rotinas mentais” (Fonseca, 1995), característica não observada nos utentes do CRPS. Apesar das limitações ao nível da motricidade global (Mansur e Marcon, 2006; Rintala e Loois, 2013), os utentes não apresentavam dificuldades significativas neste domínio.

A nível **social e comportamental** os indivíduos com DID têm dificuldades na adequação da interação com o outro, na comunicação e socialização, na aquisição de autoconceito e interações sociais adequadas ao contexto (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b), na aquisição de regras sociais, na capacidade de iniciativa, responsividade e reconhecimento de expressões faciais (Burack et al., 1998; Fonseca, 1995), estando estas últimas presentes nos utentes do CRPS, apesar de serem indivíduos afetuosos, atenciosos e capazes de manter relações sociais saudáveis. Estas limitações sociais podem dever-se à dificuldade em colocar-se no lugar do outro e na descodificação de comportamentos, bem como a limitações em expressar pensamentos e sentimentos (Burack et al., 1998; Sukhodolsky e Butter, 2007).

Jones (2012) refere que esta população apresenta baixos níveis de autoconceito, em resultado da exclusão social e/ou oportunidades restringidas a que está sujeito. Observa-se, ainda, desmotivação e desinvestimento emocional, com elevados níveis de desistência (Santos e Morato, 2012b). É possível observar nos utentes do CRPS algum sentimento de “incapacidade”, apesar da elevada motivação e investimento para aprender e vivenciar novas situações, sendo essencial o papel do técnico nesta área.

A população com DID denota comportamentos menos adaptativos nas AVD e maior número de desajustamentos, quando comparados com os pares, com limitações ao nível da autonomia e funcionalidade (Burack et al., 1998; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b), que podem resultar da falta de experiência/estimulação e de superproteção com consequências negativas justificando outras áreas menos trabalhadas (e.g.: atividades económicas, domésticas e pré-profissionais - Santos e Morato, 2012a). A atividade doméstica é um domínio onde a população do CRPS apresenta bons resultados, sendo desenvolvidas no Centro e exigidas em casa.

Em seguida será feita referência à T21, dado ser o diagnóstico de um dos estudos de caso, apresentado neste documento.

3.2 Trissomia 21

A T21 é a condição genética mais comum de DID, e foi descrita pela primeira vez em 1866 pelo médico fisiatra Langdon Down (Parker et al., 2010; Picker e Walsh, 2013). Esta condição genética é causada pela triplicação do cromossoma 21, que resulta na sobre-expressão do gene (Adio e Wajuihian, 2012; Esposito, MacDonald, Hornyak e Ulrich, 2012; Lanfranchi, Aventaggiato, Jerman e Vianello, 2015; Phillips, Connors, Merrill e Klinger 2014), sob três formas possíveis (Hultén et al, 2008): mosaïcismo, em que apenas algumas das células têm o cromossoma 21 (2%), translocação de uma porção do cromossoma 21 para outro cromossoma (e.g.: cromossoma 14 - 4%) e presença do cromossoma 21 extra em todas as células (94%). O aumento da expressão de proteínas dos genes no cromossoma 21, tem várias consequências a nível neurológico e comportamental, afetando todo o ciclo de vida (Chapman e Hesketh, 2000; Lott e Dierssen , 2010; Phillips et al, 2014).

3.2.1 Etiologia.

A T21 pode ser considerada como uma condição genética multifatorial caracterizada pela sobredosagem de genes que determinam a variação da expressão do gene HSA21, responsável pelo fenótipo complexo (Rachidi e Lopes, 2007). O tipo comum de T21 nas

crianças pode ter origem na proporção de oócitos com trissomia do cromossoma 21 nos ovários da mãe (Hultén et al., 2008), sendo a idade materna (muito jovem ou de idade avançada) um fator etiológico (Daunhauer et al, 2014; Hassold, Sherman, 2002). Outros fatores de risco de T21 são os hereditários - antecedentes familiares; idade do pai superior a 50 anos; e ter outros filhos com T21; e os fatores externos, com um efeito mais reduzido - exposição ambiental a pesticidas/químicos industriais, agentes aditivos (e.g.: tabaco, álcool ou café); problemas de tiróide da mãe; exposição a radiações; processos infecciosos (e.g. hepatite ou rubéola); e escassez de ácido fólico e de vitaminas (e.g.: vitamina A - Hassold e Sherman, 2002).

3.2.2 Prevalência.

A T21 é encontrada em todas as etnias, nacionalidades e estatutos socioeconómicos (Adio e Wajuihian, 2012) e a sua incidência é de 1 em 800 ou 1 em 1000 nascimentos (Agheana e Dutta, 2015) dependendo do país (e.g.: na Nigéria 1 em 865 nascimentos e na África do Sul 1.2/1.8 em 1000 - Adio e Wajuihian, 2012).

3.2.3 Fenótipo Neurológico.

Tal como referido anteriormente a sobreexpressão do gene tem consequências a nível neurológico, contribuindo para tal também influências ambientais, (Lott, 2012; Lott e Dierssen, 2010). É observada uma redução de 20% do volume cerebral (cerebelo, tronco cerebral, lobo frontal (Aylward et al., 1999 e Kesslak et al., 1994 cit. in Lott, 2012), lobo temporal e hipocampo (Anderson et al., 2013), quando comparado com os pares (Kemper, 1991, cit. in Lott, 2012). Lott (2012) refere que parece não existir alterações das estruturas de substância cinzenta subcortical, sugerindo-se que pode haver uma dissociação temporal no desenvolvimento entre as áreas cortical e subcortical.

As alterações neurológicas na T21 são responsáveis por alterações nos diferentes domínios do desenvolvimento. Para Pennington, Moon, Edgin, Stedron e Nadel (2003) a redução do volume do lobo temporal e perturbações microestruturais e funcionais no hipocampo estão associados aos défices cognitivos (e.g.: o hipocampo está associado à memória explícita a longo prazo e à memória episódica que está também associada à codificação e recuperação da informação). Disfunções a nível cerebelar (Lott, 2012) - circuito cerebelar-cortical-limbico - estão associadas a problemas ao nível da cognição espacial e das funções executivas que podem afetar a fluência verbal, atenção, controlo executivo e aprendizagem de línguas e emoções (Strick, Dum e Fiez, 2009). As alterações no processamento intracortical afetam as funções cognitivas como linguagem, reconhecimento da expressão facial e habilidades socio-cognitivas (Stagni, Giacomini,

Guidi, Ciani e Bartesaghi, 2015), e as alterações morfogenéticas resultam numa conectividade neuronal irregular e processamento de informações limitado (Lott, 2012).

3.2.4 Fenótipo Comportamental.

O fenótipo comportamental da T21 tem uma grande variabilidade, explicada pela variação e interação entre alelos do gene, fatores ambientais, (Lott e Dierssen, 2010), alterações estruturais, entre outros (Chapman e Hesketh, 2000), sendo, no entanto, identificado um padrão geral de características comuns a todos os indivíduos. Na literatura são identificadas alterações a nível do desenvolvimento cognitivo, motor e da comunicação/linguagem (Chapman e Hesketh, 2000; Stagni et al, 2015), sendo também identificados aspetos fortes comuns, como o processamento visuo-espacial, a linguagem receptiva e o comportamento adaptativo (Chapman e Hesketh, 2000).

Ao nível das **características físicas**, apesar de não terem significado funcional, há a realçar: estatura baixa, cabeça pequena com a parte de trás proeminente e a parte superior achatada (braquicefalia), achatamento da nuca, língua proeminente, ponte nasal plana, pregas palpebrais oblíquas e epicampo proeminente, orelhas, mãos e pés pequenos e prega palmar única (Phillips et al, 2014; Prasher et al., 2014), sendo possível observar todas estas características nos utentes com T21 do CRPS.

Associadas estão várias malformações congénitas e comorbilidades numa taxa superior em relação à população geral: doenças cardíacas congénitas, infeções respiratórias, problemas ao nível da visão (hipermetropia, estrabismo, cataratas, erros de refração e glaucoma), obstipação (Del Viva, Tozzi, Bargagna e Cioni, 2015), perdas de audição, obesidade (Esposito et al., 2012), problemas ao nível do funcionamento da tiroide (hipotiroidismo) e da estrutura óssea (Lott, 2012; Phillips et al., 2014). Estão, ainda, associadas menores capacidades aeróbias, redução da frequência cardíaca e diminuição da força muscular (Balic, Mateos, Blasco e Fernhall, 2000; Frey, Stanish e Temple, 2008). Nos utentes com T21 do CRPS foi visível o excesso de peso, tendo em conta a idade e o género e reduzidas capacidades aeróbias, observando-se cansaço após reduzido esforço físico.

Na T21 as **psicopatologias** mais comuns associadas são a depressão, fobias, ansiedade geral, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação da personalidade (Prasher et al., 2014). Relativamente à epilepsia estima-se que 5 a 13% das crianças com T21 tenham convulsões (Arya, Kabra e Gulati, 2011; Lujic, Bosnjak, Delin, Duranovic e Krakar, 2011), identificando Lott (2012) a sua ocorrência bimodal (40% de crianças com T21 com convulsões antes do primeiro ano e 40% de indivíduos a desenvolver

convulsões apenas após os 30 anos). Não são identificadas nenhuma destas alterações/convulsões nos utentes com T21 do CRPS.

Importa também referir que com a idade, os indivíduos com T21 tornam-se mais suscetíveis a algumas condições físicas, neurológicas e psiquiátricas, devido à vulnerabilidade dos sistemas biológicos e da tendência para perturbações neurodegenerativas específicas (Lott e Dierssen, 2010): o declínio cognitivo mais comum no envelhecimento em indivíduos com T21 é uma demência semelhante à doença de Alzheimer, com deterioração da memória, linguagem e cognição presente por volta dos 40 anos.

O declínio **cognitivo** está associado a menores taxas de mielinização do cérebro sobretudo a partir dos 2 anos (Fidler, Most e Philofsky, 2008), estando o QI em níveis baixos na idade adulta (30-70) e declínio com envelhecimento precoce (Lott e Head, 2005). Neste domínio identificam-se como pontos fortes o processamento visual a curto prazo (Gathercole e Alloway, 2006), as capacidades visuo-construtivas e de imitação (Kanno e Ikeda, 2002; Zoia, Pelamattib e Rumiatic, 2004), o processamento global de estímulos visuais (Zoia et al., 2004) e o vocabulário (Vicari, Caselli e Tonucci, 2000). Como pontos a promover as funções executivas (memória de trabalho, processos de inibição, planeamento e flexibilidade cognitiva - Lee et al., 2011; Fidler et al., 2008; Lott e Dierssen, 2010), linguagem e dificuldades em consolidar as informações adquiridas (Daunhauer et al., 2014; Lott e Dierssen, 2010), problemas presentes nos utentes com T21 do CRPS. As dificuldades em ajustar os aspetos espaciais e temporais de ação (Lott e Dierssen, 2010) podem afetar as habilidades visuo-espaciais (deteção de mudanças de orientação de objetos ou de relação espacial entre elementos – Yang et al., 2014), com consequências nos processos léxico, escrita, matemática (contagem, cardinalidade, discriminação e identificação dos números - Abreu-Mendoza e Arias-Trejo, 2015; Agheana e Dutta, 2015), resolução de problemas aritméticos simples (Paterson, Girelli, Butterworth e Karmiloff-Smith, 2006) e habilidades perceptivo-motoras (Lott e Dierssen, 2010).

As **características comunicativas** têm implicações a nível sócioacadémico (Dickinson e Tabors, 2001), sendo relevantes as alterações ao nível da linguagem expressiva, sobretudo não verbal dependente da cognição visuo-espacial e da memória fonológica (Couzens et al., 2011; Yang et al., 2014), com mais facilidade ao nível da compreensão do que na produção de linguagem (Chapman e Hesketh, 2000). Destacam-se como pontos fortes a capacidade semântica (número de palavras diferentes produzidas), a pragmática e a compreensão de vocabulário, e como pontos a promover a

sintaxe, léxico, articulação verbal (padrões atípicos de fala) e discurso (Couzens et al., 2011; Iacono, Torr e Wong, 2010; Lott e Dierssen, 2010). As dificuldades auditivas têm também impacto negativo sobre o desenvolvimento da linguagem (Fidler et al., 2008). Nos utentes com T21 do CRPS observam-se dificuldades ao nível da linguagem expressiva (vs. recetiva), construção do discurso, relato de acontecimentos, expressão de sentimentos ou mesmo de uma conversação informal. Os utentes têm dificuldades significativas na leitura e escrita, apesar de, com alguma dificuldade escrever o seu nome e identificá-lo escrito, não reconhecendo as letras do alfabeto e outras palavras escritas para além do seu nome.

Os indivíduos com T21 mostram um **desenvolvimento motor** semelhante aos pares típicos, apesar da menor taxa de aquisição motora (Agiovlasitis, McCubbin, Yun, Pavol e Widrick, 2009), devido às especificidades cerebrais, músculo-esqueléticas e condições médicas associadas. Este domínio é caracterizado por limitações práticas (global e fina), na lateralização e integração visuo-motora (Fidler et al., 2008; Lawrence, Reilly, Mottram, Khan e Elliott, 2013). As alterações no processamento, interpretação e assimilação da informação levam a uma maior lentidão motora e tomada de decisões. A hipotonia muscular generalizada é o principal estado tónico dos utentes do CRPS, com baixa força muscular, pouca flexibilidade e amplitude articular, dificuldades de coordenação motora global, marcha atípica, controlo postural desadequado, dispraxias, dificuldades na noção do corpo, na estruturação espacial e temporal (e.g.: estruturação rítmica, planeamento e execução de adaptações de ação motora com informações espaciais, reconhecimento das relações espaciais entre objetos e o próprio) (Rigoldi, Galli, Mainardi, Crivellini e Albertini, 2011), no equilíbrio dinâmico e estático e na velocidade e eficácia das ações motoras (Martínez e García, 2008).

É também referido que à população com T21 estão associados baixos níveis de atividade física que influenciam a diminuição da massa óssea e magra, aumentando a predisposição para fraturas (Hawli, Nasrallah e El-Hajj, 2009), índice de massa corporal mais elevado com impacto negativo na resistência cardiovascular (Gonzalez-Aguero et al., 2010), pelo que é essencial promover a atividade motora dos utentes do CRPS. Estas características podem comprometer a capacidade de aprender novas habilidades, atividades e jogos, atuando como barreira na participação plena (Esposito et al., 2012).

No **desenvolvimento social**, os indivíduos com T21 apresentam uma boa capacidade de socialização (Channell, Connors e Barth, 2014), sendo visível nos utentes do CRPS, que demonstram motivação e interesse na participação em atividades de grupo, apesar da dificuldade no reconhecimento de emoções nos outros e na

identificação e expressão das suas próprias emoções e sentimentos, baixa resistência à frustração e as limitações na linguagem expressiva que influenciam a relação com os pares (Channell et al., 2014; Guralnick, Connor e Johnson, 2011).

A **nível comportamental** reportam-se comportamentos de hiperatividade, agressividade, teimosia, desobediência, desatenção, oposição e impulsividade (Fidler et al., 2008; Santos e Morato, 2012c), com reduzida flexibilidade comportamental-adaptativa (Lott e Diersen, 2010; Santos e Morato, 2012c).

Seguidamente será feita a caracterização do diagnóstico de PC.

3.3 Paralisia Cerebral

A definição de PC, tem sofrido várias alterações desde a sua primeira formulação em 1861 por William Little (Morris, 2007; Rosenbaum et al., 2007; Winter, 2007), sendo atualmente definida como uma condição do desenvolvimento neurológico, reconhecida durante o início da primeira infância (Rosenbaum et al., 2007). A PC é definida como um grupo de perturbações, permanente mas mutável; envolve alterações do movimento e/ou da postura e da função motora; resulta de uma lesão/anomalia não progressiva no cérebro; surge num cérebro imaturo em desenvolvimento e crescimento (Morris, 2007; Krigger, 2006; Rosenbaum et al., 2007; Winter, 2007) e exclui perturbações degenerativas e progressivas da função motora com perda de competências previamente adquiridas nos primeiros 5 anos de vida (Cans et al., 2007; Mclaughlin, 2007).

Esta definição mantém a posição central no comprometimento motor, mas considera igualmente o desenvolvimento neurológico associado a complicações músculo-esqueléticas, contextualizadas no envolvimento, adotando o conceito de "limitação da atividade" como critério de definição (Mantovani, 2007; OMS, 2001).

3.3.1 Prevalência.

A PC é considerada a causa mais comum de deficiência motora na infância (Eck et al., 2008; Krageloh-Mann e Cans, 2009; Morris, 2007), e a sua prevalência é de 1.5/2.5 por 1000 crianças (Hagberg, Hagberg, Beckung e Uvebrant, 2001), com variabilidade entre géneros (Stanley, Blair e Alberman, 2000b). A prevalência de PC aumenta com baixo peso à nascença e prematuridade: de 40 a 100 por 1000 (Krageloh-Mann e Cans, 2009). Os mesmos autores mostram, no seu estudo, que 88% dos indivíduos tem PC espástica (58% bilateral e 30% unilateral), 7% tem PC disquinética, 4% tem PC atáxica e 1% não tem PC classificada. Das crianças com PC, 30% não conseguem andar, 30% têm DID “moderada ou severa” e 12% têm uma deficiência visual grave (Koman et al., 2004).

3.3.2 Diagnóstico.

O diagnóstico, deve ser realizado entre os 2-5 anos de idade (Cans et al, 2007; Krageloh-Mann e Cans, 2009) e deve ser complementado com exames neurológicos (Winter, 2007) e outras informações (e.g.: anamnese, padrão de desenvolvimento de sintomas, entre outros - Cans et al., 2007; Krigger, 2006) que confirmam que o desvio motor não é resultado de um processo degenerativo (Winter, 2007). Deve ser dada atenção à presença de outros problemas associados como deficiências sensoriais, convulsões, problemas de percepção e disfunção cognitiva (Krigger, 2006).

3.3.3 Classificação.

O sistema de classificação é útil para: a caracterização do tipo de PC, conhecimento da sua etiologia, definição de intervenções terapêuticas e comparação com outros estudos (Cans et al., 2007; Winter, 2007). Não existe nenhum sistema de classificação que descreva completamente os sinais e sintomas da PC, havendo muitos indivíduos que apresentam uma combinação de várias características de cada subtipo (Winter, 2007), sendo comum a todos a ausência de um padrão normal de postura e movimento (Cans et al., 2007). É possível identificar quatro formas de classificação da PC tendo em conta um dos seguintes critérios: o tipo de comprometimento neurológico; a topografia/distribuição anatómica da disfunção; a gravidade das dificuldades motoras (Nickel e Petersen, 2008); e a localização da lesão no Sistema Nervoso Central (periventricular, tronco cerebral, cortical, piramidal ou extrapiramidal - Koman et al., 2004). Tendo em conta o diagnóstico predominante na Unidade Infantil do CRPS – quadriplegia espástica, serão caracterizados os dois primeiros critérios. No que diz respeito ao critério do comprometimento neurológico a PC é classificada em:

- **Espástica:** é a mais frequente e afeta 70-75% das crianças com PC, caracterizada por pelo menos dois dos seguintes critérios: (a) padrão anormal de postura e/ou movimento; (b) aumento do tônus muscular, que pode não ser constante; e, (c) presença de reflexos patológicos (hiperreflexia ou sinais piramidais – e.g., resposta de Babinski - SCPE, 2015); pode ser subdivida em *espástica unilateral* (hemiplegia ou hemiparesia, com prevalência de 0.6 por 1000) e *bilateral* (diplegia e quadriplegia – 1.2 por 1000 - Krageloh-Mann e Cans, 2009);
- **Disquinética:** com prevalência de 10 a 15% (Krageloh-Mann e Cans, 2009) é caracterizada por movimentos involuntários, descontrolados, frequentes e, por vezes, estereotipados das partes do corpo afetadas, predominando padrões de reflexos primitivos e subdivide-se em: *Distónica* onde predomina a hipocinesia e hipertonia (Cans et al., 2007) caracterizada pela contração involuntária simultânea de grupos musculares agonista/antagonista (Winter, 2007); e *Atetósica/Coreoatetósica* com

predominância da hipercinesia e hipotonia (Cans et al, 2007) decorrentes de uma lesão nos gânglios da base, estando associadas alterações a nível cortical, lesões na substância cinzenta e lesões periventriculares na substância branca (Krageloh-Mann e Cans, 2009);

- **Atáxica** com prevalência aproximada de 5 a 10%, é caracterizada por problemas de coordenação motora sendo os movimentos caracterizados por força, ritmo e precisão incomuns (Cans et al., 2007; Winter, 2007), considerando-se, ainda, problemas de perceção espacial, de equilíbrio, tremores, diminuição do tónus muscular (Cans et al., 2007; Winter, 2007) e DID (Krageloh-Mann e Cans, 2009), resultando de lesões no cerebelo ou vias cerebelosas (Bialik e Givon, 2009); e
- **Mista**, ou seja, o indivíduo apresenta espasticidade com ataxia e/ou discinesia, devendo ser classificada de acordo com a característica clínica dominante (Cans et al., 2007; Rosenbaum et al., 2007; Winter, 2007); está também associado o *subtipo hipotónico*, mais raro e mais grave, caracterizado pela elevada hipotonia generalizada que limita a realização de movimentos (Winter, 2007).

No âmbito topográfico/anatómico, a PC é classificada em (Nickel e Petersen, 2008):

- **Hemiplegia:** (20 a 30% - Sankar e Mundkur, 2005) com funcionalidade comprometida de um dos lados do corpo (esquerdo ou direito); tipicamente o braço está mais afetado do que a perna, assumindo uma postura de tripla flexão - posição clássica do membro superior envolvendo a flexão do punho e cotovelo e adução do ombro (Winter, 2007); caracteriza-se por menores desvios motores, problemas visuais e comportamentais (fobias, ansiedade, perturbação de oposição e desafio, hiperatividade e falta de concentração – Koman et al., 2004);
- **Diplegia:** é a forma mais comum (30-40%) onde os membros inferiores se encontram mais afetados que os superiores, com dificuldades de coordenação, englobando os casos em que os membros superiores não estão afetados/minimamente afetados - paraplegia/diplegia I (Sankar e Mundkur, 2005) e, os casos em que os braços estão sensivelmente afetados - diplegia II (Winter, 2007); e
- **Quadriplegia** ou tetraplegia/hemiplegia dupla (10-15% - Sankar e Mundkur, 2005): quatro membros afetados (Winter, 2007) associados a lesões corticais/subcorticais, comprometimentos graves a nível motor, problemas ao nível da comunicação e linguagem e da capacidade de aprendizagem (Koman et al., 2004).

A classificação da PC deve considerar, ainda, os problemas associados, o efeito ao nível da funcionalidade, a participação e a qualidade de vida individual (Colver, 2007).

3.3.4 Etiologia.

A PC pode resultar de lesões cerebrais durante o período pré-natal (e.g.: malformações cerebrais congénitas; infeções maternas na gestação), perinatal (e.g.: prematuridade; hipoxia; fatores associados ao parto) ou pós-natal (e.g.: infeções virais e bacteriológicas; convulsões) até aos 2 anos (Kriger, 2006; Winter, 2007). Outros fatores de risco são as

terapias de reprodução assistida, sangramento vaginal pré-parto, hipertensão materna (Koman et al., 2004), casamento consanguíneo, insuficiência materna de iodo, incompatibilidade sanguínea materna (Blair e Watson, 2006) e fatores sociais (e.g.: falta de estimulação, negligência familiar, pobreza, entre outros - Liptak e Accardo, 2004).

3.3.5 Características.

O diagnóstico das crianças do CRPS teve em conta o comprometimento neurológico e a topografia/distribuição anatômica: os quatro membros estão afetados e existem alterações do padrão normal de postura e/ou movimento com aumento do tônus muscular (SCPE, 2015). Apesar da variabilidade na expressão da PC, as crianças do centro, eram todas dependentes dos cuidadores, sem autonomia nas AVD e mobilidade, apesar de interagirem com o meio quando estimuladas através de comunicação não-verbal.

A PC tem efeitos substanciais na função e saúde dos indivíduos e na sua qualidade de vida (Koman et al., 2004), sendo os principais sinais característicos a/o(s): espasticidade, alterações do movimento, fraqueza muscular, ataxia e rigidez, visíveis nas crianças com PC do CRPS e que dependem das manifestações periféricas da magnitude, extensão e localização da lesão que causou os danos irreversíveis no cérebro (Koman et al., 2004). Para além das alterações motoras estão associados alterações cognitivas, comportamentais, sensoriais, comunicativas e/ou relacionais (Blair e Watson, 2006; Krageloh-Mann e Cans, 2009), também observadas nas crianças do CRPS.

Associadas à PC estão as alterações fisiológicas em músculos específicos (luxação/subluxação articular) e alterações/reduções ósseas (e.g.: escoliose, cifose e lordose - Liptak e Accardo, 2004). Na maioria das crianças com PC, do CRPS, observam-se alterações na flexão plantar necessárias à marcha devido, sobretudo, à presença de contraturas no tornozelo (como relata Winter, 2007) bem como a presença da condição pé chato e pé boto. Por outro lado, nas crianças do CRPS verifica-se uma insuficiência ao nível do crescimento e da relação entre o peso e a altura (Kriger, 2006), com um crescimento inferior ao esperado para a idade. Na literatura são apontados problemas oromotores que podem causar asfixia e/ou cianose devido à aspiração de alimentos para os pulmões (Winter, 2007), disfunções na deglutição (Ashawl et al., 2004), comprometendo a ingestão de quantidades adequadas de calorias (Kriger, 2006). Estas alterações e as suas consequências estão bem presentes nas crianças do CRPS, associando-se o refluxo gástrico, a obstipação (Kriger, 2006; Winter, 2007) e os problemas respiratórios (Liptak e Accardo, 2004), que as colocam na maioria num estado de desnutrição. Apesar de alterações sensoriais ao nível da visão (e.g.: ambliopia, nistagmo, hemianopsia, atrofia do nervo ótico, alterações na retina e da visão ao nível

cortical - Ashwal et al., 2004) e da audição (e.g.: alterações da acuidade auditiva ou surdez, de transmissão e/ou percepção do som - Muñoz, Blasco e Suárez, 1997) serem características da PC, tais não se verificam nas crianças com quem se realizou IPM.

Segundo Boscaini (2003) os problemas psicmotores identificados na PC são consequência de lesões orgânicas, associando-se outras problemáticas tónico-emotivo-funcionais, que agravam a sintomatologia inicial. Muitos indivíduos com PC apresentam alterações no controlo neurológico caracterizado por sensações perceptivas comprometidas, promovendo uma desintegração sensorial, que influencia negativamente a tonicidade e equilíbrio e, portanto, a postura (Vrijmoeth, Monbaliu, Lagast e Prinzie, 2011). As crianças com PC do CRPS na maioria não têm ainda adquirido o controlo cervical, comprometendo o controlo postural e aquisição da postura bípede sem apoio, pelo que nenhuma das crianças tem marcha adquirida, movendo-se através da cadeira de rodas. Também as limitações físicas da PC levam à privação, diminuição e comprometimento do movimento (controlo, força e amplitude), colocando em causa a manipulação, coordenação e exploração do envolvimento, condicionando a percepção do mundo e a elaboração dos esquemas perceptivos (Hinchcliffe, 2007). Esta condição é visível nas crianças do CRPS, sendo os seus gestos caracterizados por lentificação psicomotora e discrepância corporal generalizada com impacto em várias áreas: capacidade perceptiva (identificar, discriminar e relacionar adequadamente estímulos), lateralidade, esquema corporal e estruturação espaço-temporal que se refletem em condições de dismetria, dessincronia e dismelodia cinética (Kriger, 2006). Para o autor as alterações no desenvolvimento visuomotor (e.g.: reconhecimento e reconstrução e na percepção espacial) tem repercussões nas aprendizagens académicas.

Aproximadamente 50% dos indivíduos com PC têm algum grau de comprometimento cognitivo (Liptak e Accardo, 2004), mas a sua comorbilidade pode ou não existir (Kriger, 2006; Winter, 2007). As limitações cognitivas condicionam o processamento da informação, afetando a aprendizagem, a resolução de problemas e/ou o comportamento adaptativo (Hinchcliffe, 2007). Para Krigger (2006), o diagnóstico de DID tem uma forte associação com a PC, dependendo do grau de comprometimento e da fase em que ocorre a lesão cerebral. Quanto às crianças do CRPS não há indicação, no seu diagnóstico, da presença de DID, bem como nas avaliações já realizadas pelos técnicos, onde não há indicação do estado de desenvolvimento deste domínio, verificando no entanto a estagiária ao longo do processo de intervenção a presença e algumas características associadas à DID em algumas crianças, mas não em todas.

Liptak e Accardo (2004) referem que os problemas ao nível da comunicação ocorrem em 58% das crianças com PC - as limitações da linguagem expressiva podem dever-se aos espasmos nos órgãos respiratórios e fonatórios, a lesões auditivas, nas vias nervosas, falta de estimulação linguística e/ou insuficiência de modelos linguísticos e discurso mais lento e difícil de ser compreendido. A comunicação não-verbal também pode estar afetada devido à dificuldade em coordenar movimentos (Muñoz et al., 1997). No caso das crianças do CRPS estas ainda não têm desenvolvida a comunicação verbal, mas são capazes de expressar as necessidades de forma não-verbal (e.g.: choro ou sorriso), reagindo ao seu nome e interagindo com o outro se estimulados, através da expressão facial, sorriso e gestos, mostrando desconforto, através do choro.

A saúde mental do indivíduo com PC pode ser afetada pela dor crónica, isolamento social e perda de funcionalidade e independência. A nível psiquiátrico estão associadas perturbações como Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, distúrbios do sono, alterações do humor e ansiedade (Rosenbaum et al., 2007), apesar de tal não se observar nas crianças do CRPS. A epilepsia é apresentada por algumas crianças.

As crianças com PC têm um maior risco de rejeição pelos pares (Kriger, 2006), e os seus cuidadores e familiares estão igualmente em risco de depressão e isolamento. Desta forma, os planos de saúde devem basear-se num modelo biopsicossocial de prestação de cuidados de saúde que envolve o bem-estar da criança e dos seus cuidadores (Kriger, 2006), para participação na comunidade (Rosenbaum et al., 2007), estando esta visão presente no CRPS. Seguidamente será feita referência à condição clínica de AGD, uma vez que é o 'diagnóstico' atual da criança em estudo de caso (N.).

3.4 Atraso Global do Desenvolvimento

O AGD é o 'diagnóstico' mais prevalente na Unidade Infantil, apesar da informação sobre as dificuldades e potencialidades de cada criança ser escassa. A N., com dois anos de idade é uma das crianças com AGD, e foi possível caracterizar o seu desenvolvimento com base na observação e avaliação psicomotora.

O AGD descreve uma apresentação clínica, de crianças até aos 5 anos de idade, caracterizada por um perfil etiológico heterogéneo definida como um desvio significativo (2 ou mais desvios-padrão abaixo da média) em dois ou mais domínios do desenvolvimento (praxias, comunicação/linguagem, cognição, pessoal/social e AVD - McDonald e Rennie, 2011; Shevell et al. 2003; Tarini, Zikmund-Fisher, Saal, Edmondson e Uhlmann, 2015). Vários autores defendem que o AGD não é um diagnóstico mas um

conjunto de condições com diferentes apresentações clínicas e diferentes prognósticos (Petersen, Kube e Palmer, 1998), no entanto este termo é aplicado indiscriminadamente a crianças com diferentes níveis de apoios e necessidades, e prescrita a mesma abordagem terapêutica (Francouer, Ghosh, Reynolds e Robins, 2010). Recomenda-se que o seu ‘diagnóstico’ seja utilizado apenas até à idade de 5 anos (Dornelas e Magalhães, 2015; Shevell et al., 2003), tornando-se essencial avaliar a criança para a definição do seu prognóstico em termos funcionais e académicos.

3.4.1 Prevalência.

A prevalência do AGD é difícil de avaliar dada a não padronização dos critérios de diagnóstico (Aicardi, 1998) e segundo os dados da OMS 10% da população tem algum tipo de deficiência (Dornelas, Duarte e Magalhães, 2015), sendo a sua prevalência nas crianças menores de 5 anos de 4.5%, variando entre 5 e 10% (Shevell, et al, 2003; Wong e Chung, 2011), com maior prevalência no género masculino (Srouf, Mazer e Shevell, 2006). Wong e Chung (2011) identificam 4 marcadores clínicos que auxiliam a identificação do AGD e sua etiologia: a gravidade do AGD, a ausência de perturbações comportamentais, dismorfismo facial e alterações neurológicas.

3.4.2 Avaliação e Diagnóstico.

Para o ‘diagnóstico’ de AGD é essencial a utilização de instrumentos de avaliação válidos e confiáveis, envolvendo a anamnese e o historial familiar, exames físicos, psicomotores, neurológicos e genéticos (Flore e Milunsky, 2012; Jimenez-Gomez e Standridge, 2014; McDonald e Rennie, 2011; Srouf et al., 2006; Tarini et al., 2015), feitos por uma equipa multidisciplinar (Dornelas et al., 2015). A avaliação pretende: confirmar e classificar o ‘desvio’ desenvolvimental, conhecer a etiologia e assegurar o encaminhamento para intervenção terapêutica com o aconselhamento da família (Foo et al., 2015), devendo ser periódica (Dornelas et al., 2015) e o mais precoce possível (Flore e Milunsky, 2012; Foo et al., 2015; Srouf et al., 2006; Wong e Chung, 2011).

3.4.3 Etiologia.

A etiologia do AGD nem sempre é conhecida (Srouf et al., 2006), estando associada a várias condições presentes nos períodos pré, peri e pós-natal, que resultam da interação entre fatores biológicos (maior incidência) e ambientais (Dornelas e Magalhães, 2015; Foo et al., 2015): síndromes genéticas/anomalias cromossómicas, asfixia perinatal, disgenesia cerebral, privação psicossocial e exposição a toxinas (Ozmen et al., 2005). No período pré-natal apontam-se alterações genéticas (48% - Tang et al., 2011), metabólicas (13.4% - Masri, Hamamy, Khreisat, 2011), do Sistema Nervoso Central (SNC, 28% -

Jimenez-Gomez e Standridge, 2014) e a presença de toxinas (Masri et al., 2011). No período perinatal apontam-se alterações intra-uterinas, baixo índice de Apgar (<5), alterações do cordão umbilical (Jimenez-Gomez e Standridge, 2014), asfixia por hipóxia, prematuridade e complicações neonatais (Dornelas e Magalhães, 2015; McDonald e Rennie, 2011). No período pós-natal são identificadas infeções, exposição a toxinas e fatores psicossociais ou traumáticos (11% - Jimenez-Gomez e Standridge, 2014; Srour et al., 2006), como pobreza, baixa educação parental, interação mãe-criança, expectativas culturais e maus-tratos físicos (Jimenez-Gomez e Standridge, 2014).

3.4.4 Condições Resultantes do AGD.

A deteção de desvios no **domínio motor** é geralmente a primeira observação através da alteração do tónus, força, controlo e planeamento motor podendo estar associado a doenças neuromusculares e neurodegenerativas (Petersen et al., 1998). Podem ser observadas alterações na capacidade de organização das sensações corporais (Rosario-Montejo, Molina-Rueda, Munoz-Lasa e Alguacil-Diego, 2015), dispraxia e Défice de Atenção associado a Perturbação Específica da Coordenação Motora – não justificativos de PC (Petersen et al., 1998). A N. (estudo de caso) tem alguns marcos do desenvolvimento esperados para a sua idade ainda por alcançar (e.g.: controlo cervical e postural na posição sentada e na posição bípede, gatinhar ou deslocar e marcha). A criança tem sempre os punhos fechados em tensão, sobretudo a mão esquerda, com alguma dificuldade na mobilização do membro superior esquerdo, pelo que a aquisição das capacidades manipulativas está um pouco comprometida (e.g.: preensão palmar).

Ao nível da **linguagem/comunicação** observam-se alterações fonológicas, lexicais, semânticas, sintáticas e pragmáticas, da linguagem expressiva e recetiva, com impacto no desempenho académico e interação social (Tang et al., 2011; Wong e Chung, 2011). A N. ainda não adquiriu comunicação verbal, não produzindo palavras, apesar de reagir e interagir com o outro de forma não verbal (e.g.: sorriso, choro, sons simples).

Subjacente ao AGD está o diagnóstico de DID com dificuldades adaptativas, limitações na aprendizagem e participação na comunidade (Foo et al., 2015; Shevell et al., 2003), alterações das funções executivas (Caplan, Neece e Baker, 2015), entre outras. O domínio cognitivo da N. ainda não foi avaliado face à sua idade, mas pelas observações e interação é possível perceber que compreende conceitos simples, como “adeus”, “anda cá”, reconhece o seu nome, os familiares e outras pessoas mais próximas e procura a interação com o outro, estando sempre muito atenta ao seu envolvimento.

As crianças com AGD apresentam maior risco para alterações a nível visual e auditivo (McDonald e Rennie, 2011), denotando um elevado risco de problemas

comportamentais e emocionais significativos (30% a 50%), associados ao duplo diagnóstico (Baker, Neece, Fenning, Crnic e Blacher, 2010; Berkovits e Baker, 2013; Caplan et al., 2015; Einfeld, Ellis e Emerson, 2011). A N. não apresenta problemas ao nível da perceção visual e auditiva, mas são visíveis dificuldades respiratórias com impacto na alimentação, ainda baseada no reflexo de sucção (vs. mastigação). Todas estas alterações colocam em causa a funcionalidade e autonomia das crianças, com restrições no desempenho escolar e baixa participação, apesar da relação entre função motora e participação não ser linear (Dornelas e Magalhães, 2015).

Ainda neste capítulo, será feita uma breve abordagem à desnutrição infantil dado ser uma situação muito presente nas crianças do CRPS.

3.5 Desnutrição e Desenvolvimento Infantil

A situação de desnutrição é um problema presente em Moçambique e especificamente no CRPS, não só devido à situação de pobreza, mas também devido à existência de outros diagnósticos (PC e AGD) em comorbilidade nas crianças com quem se entrevistou. Em 2013, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) a desnutrição na África Subariana diminuiu ligeiramente de 32% para 27% entre 1990 e 2010, apesar da meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio ser a redução para metade até 2015, ainda longe de ser alcançada. A desnutrição constitui um grave problema de saúde em Moçambique, sendo uma das causas mais comuns de morbilidade e mortalidade infantil (Aurangzeb et al., 2012), resultante da interação entre fatores de saúde, socioeconómicos (e.g.: pobreza - Kramer e Allen, 2015) e sociais tais como: altas taxas de natalidade, maior incidência de doenças infecciosas na população infantil (Gonzalez-Torres, Gavia-Garcia, Najera-Medina, 2014).

O termo desnutrição é utilizado para descrever alterações das quantidades ingeridas de macro (e.g.: proteínas) e/ou micronutrientes (e.g.: ferro; zinco; vitamina A), com consequências negativas sobre o desenvolvimento e funcionamento do organismo (Aurangzeb et al., 2012; Jesson e Leroy, 2015), identificando-se 3 tipos de desnutrição na África Subariana em crianças com menos de 5 anos de idade (Kerac et al., 2014; UNICEF/WHO/World Bank, 2012):

- **Desnutrição Crónica** (39% dos casos) pode desenvolver-se até aos 2 anos de idade, sendo difícil a sua recuperação depois desse período; é causada pela má nutrição da mãe antes e durante a gravidez, e da criança durante os primeiros 2 anos;
- **Desnutrição Aguda** (9% dos casos) pode desenvolver-se em qualquer período de desenvolvimento como resultado de uma redução de consumo de alimentos ou

associado a infecções, sendo caracterizada pela perda de gordura corporal e músculo; pode ser recuperada facilmente, através de boas práticas alimentares e cuidados de saúde adequados; e

- **Baixo Peso** (21% dos casos) presente nas crianças que nasceram com peso inferior a 2.5kg (e.g.: prematuridade) que pode resultar da combinação dos dois tipos anteriores.

3.5.1 Causas e Consequências.

As causas para a desnutrição são multifatoriais, envolvendo **fatores dietéticos** (e.g.: má nutrição materna, curto período de amamentação, introdução tardia de suplementos alimentares, doenças crónicas, entre outros - Rollet, Gray, Previl e Forrester, 2014) e **ambientais** (e.g.: más condições sanitárias, pobreza, entre outros - Musa et al., 2014; Rollet et al., 2014). Os dois principais fatores responsáveis pelo acesso inadequado de alimentos pelas famílias pobres são: a disponibilidade inadequada de alimentos nos níveis nutricionais globais e a sua distribuição desigual no país sendo as crianças e as mulheres os mais prejudicados (Gopalan, 2000). As crianças com deficiência estão numa situação de risco nutricional (Parri, Segurola, Villatoro, Goday e Parri, 2012) e grande parte das crianças com PC no CRPS está desnutrida.

A desnutrição está associada mundialmente à morte de mais de um terço de crianças com menos de 5 anos (Jesson e Leroy, 2015), com consequências biológicas, psicológicas e psicossociais, comprometendo a funcionalidade e qualidade de vida das crianças (Grandis, Armelinib e Cuestas, 2014). É possível observar comprometimentos ao nível do desenvolvimento fisio-imunológico (e.g.: maior risco de doenças cardiovasculares e renais, anemia – Furmaga-Jablonska, Ulamek-Kozioł, Brzozowska, Tarkowska e Pluta, 2014), neurológico, motor (Rollet et al., 2014), comportamental/emocional, cognitivo (Musa et al., 2014) e social (Grandis et al., 2014).

Uma nutrição não adequada pode comprometer a função e a plasticidade do cérebro conduzindo à desaceleração do crescimento, redução do tamanho e peso do SNC (Gonzalez-Torres et al., 2014), redução de mielinização, arborização dendrítica pobre, entre outras (Grandis et al., 2014), com alterações no funcionamento dos neurotransmissores e no aumento da neurotoxicidade. Estas alterações tem implicações cognitivas (e.g.: funções executivas e aprendizagens académicas), motoras (e.g.: hipotonia e equilíbrio), comportamentais e sociais (Grandis et al., 2014; Rollet et al., 2014), com maior expressão quando a desnutrição ocorre antes dos 3 anos (Kerac et al., 2014).

Na Unidade Infantil do CRPS predominam os diagnósticos de PC e AGD, associados a problemas de nutrição, devido às dificuldades respiratórias e de deglutição com maior risco de engasgamento e vômito, agravados por sialorreia na maioria das crianças. Os comprometimentos a nível motor dificultam todo o processo, sendo necessárias estratégias individuais, para garantir uma boa nutrição de cada criança. A maioria das famílias tem dificuldade em implementar estratégias para alimentar a sua criança, apesar da formação feita pelo CRPS.

Seguidamente será referenciada a IPM desenvolvida no CRPS, iniciando-se pela concetualização teórica, descrição da forma como a IPM é perspetivada e concretizada na Instituição e o seu papel na intervenção com os utentes e as crianças.

4 Intervenção Psicomotora e o CRPS

De acordo com Martins (2001) a IPM é uma prática de mediação corporal que permite o desenvolvimento psicomotor através do movimento e da regulação tónico-emocional, em situações de desadaptação individual, promovendo a funcionalidade motora, explorando vivências tónico-afetivas e cognitivas, estruturando espaço e tempo, estimulando a comunicação e a relação com os outros (Novais, 2004), favorecendo a elaboração e execução adequadas da ação motora e comportamental, na consciencialização para a adaptação social através da experiência (Fonseca, 2001b). A IPM centra-se na qualidade da relação (Fonseca, 2001a; Boscaini, 2003), partindo de uma visão holística da pessoa, procurando explicar a influência da interação no contexto biopsicossocial (European Forum Psychomotricity [EFP], 2015; Santos e Morato, 2012c). Fonseca (2004) apresenta uma conceção triarquica da IPM, constituída por três vetores: **multidisciplinar** (identidade), envolvendo os contributos das ciências biológicas e humanas em transdisciplinaridade (e.g. filosofia, fenomenologia); **multiexperencial** (diversidade) que estuda e pesquisa as suas influências no processo de desenvolvimento humano; e **multicontextual** (especificidade), aplicando os seus conhecimentos e intervenção nos diferentes contextos de atividade humana.

A IPM envolve diferentes instrumentos e técnicas (e.g.: relaxação, consciencialização corporal, atividades motoras - Beck et al., 2004; Morais, Novais e Mateus, 2005), adaptando-se às necessidades individuais, em diferentes contextos, em sessões individuais ou de grupo, incidindo sobre a área atuar e decidindo se a atitude deve ser mais ou menos diretiva (Martins, 2001). O foco da IPM pode ser mais instrumental ou mais relacional, sem nunca estarem separados: o foco mais instrumental,

implica uma relação mais concreta com os objetos e com as características espaciais e temporais do envolvimento, onde através da experiência sensório-motora objetiva-se a estimulação da atividade perceptiva, simbólica e conceptual, dando-se muito valor à intencionalidade, consciencialização e todas as formas de expressão; o foco relacional, o controlo da problemática da identidade e da fusionalidade são fundamentais, permitindo a expressão pulsional do indivíduo e garantindo o desejo de se interrelacionar com o mundo dos objetos e dos outros (Martins, 2001).

A Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) em 2011 contextualiza a IPM em várias áreas: saúde, educação, segurança social e justiça, onde se pode atuar ao nível educativo, reeducativo e terapêutico, ao longo de todo o ciclo de vida, desde a intervenção precoce, adolescência, idade adulta até à terceira idade (Morais et al., 2005).

O CRPS baseia-se na Reabilitação Psicossocial (RPS), abordagem terapêutica holística, centrada no sujeito, que objetiva a promoção da funcionalidade e autonomia na comunidade, a minimização das dificuldades, com impacto na qualidade de vida (Chou et al., 2012) e inclui intervenções sociais, educacionais, profissionais, ocupacionais, comportamentais e cognitivas, para o bem-estar e funcionamento independente. A RPS pretende reduzir a sintomatologia, promover competências sociais, diminuir a discriminação e estigma social e apoiar a família/comunidade, sendo o envolvimento de todos os intervenientes a principal estratégia (WHO, 1996). O CRPS tem como objetivo principal prestar cuidados especializados à pessoa com problemas de saúde mental, para a sua participação social (Irmãs Hospitaleiras, 2015d), pelo que a IPM assumiu um papel fundamental, focado na qualidade da relação entre o sujeito e o envolvimento, baseando-se na possibilidade de evolução face aos apoios adequados e individualizados (Valente, Santos e Morato, 2011). A minimização de comportamentos desafiantes foi outro dos objetivos da IPM no processo de reabilitação dos utentes. Tal como referido, a IPM foi criada no CRPS pela primeira vez, no âmbito deste estágio e a estagiária teve de criar um projeto de intervenção com total autonomia, o que elevou a exigência do trabalho. Neste sentido, a estagiária considerou como ponto de partida a missão, visão e valores específicos do IIHSCJ, os objetivos específicos do CRPS e os objetivos da IPM, para delimitar o campo de atuação do psicomotricista-estagiário. De acordo com a política da IIHSCJ todos os cuidados são prestados respeitando-se a individualidade (necessidades e interesses), visando a promoção da autonomia, participação social e a qualidade de vida de todos (Irmãs Hospitaleiras, 2015d).

A IPM permite uma intervenção criativa, diversificada e adaptável a cada indivíduo (Martins, 2001), que respeita os princípios da instituição e baseando-se no modelo de

qualidade de vida de Schalock et al. (2010): relações interpessoais, inclusão social, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, bem-estar material, bem-estar emocional e os direitos. Este foi o constructo base no planeamento, avaliação e prestação de apoio psicomotor. Para além da intervenção com os utentes, o Centro tem também uma componente orientada para a educação e formação parental-comunitária, e a IPM assumiu um papel basilar ao nível de estratégias de estimulação psicomotora e de sensibilização dos pais e da comunidade.

A IPM, nas suas vertente de educação, reeducação e terapêutica e através de atividades expressivas, lúdicas, motoras e de relaxação/consciencialização corporal, procurou promover o papel ativo do indivíduo, na alteração da atitude em relação ao corpo, vendo-o como um lugar de sensação, expressão e criação (Boscaini, 2003; Beck et al, 2004), para ser e agir (Martins, 2001).

Os objetivos gerais da IPM, no CRPS definidos em equipa multidisciplinar, focaram a promoção do comportamento adaptativo, autonomia e funcionalidade, qualidade de vida, desenvolvimento psicomotor e social, consciencialização e expressão corporal para a relação com os outros, educação psicomotora parental e a sensibilização da comunidade para a população com deficiência. A IPM foi desenvolvida através de sessões de atividade motora, sessões de promoção de competências pessoais e sociais, sessões de terapias expressivas e atividades psicopedagógicas e sessões de estimulação do desenvolvimento psicomotor, tendo sido fundamental o lúdico, com atividades atraentes e sistematizadas que permitissem a estimulação de habilidades adaptativas e funcionais, autodeterminação e resolução de problemas tal como defendem Santos e Morato (2007). No CRPS atuou ao nível da reeducação do esquema corporal (exercícios ativos e passivos; coordenação dinâmica geral; desenvolvimento do equilíbrio; e relaxação), e espaço-temporal (promover a organização dos referenciais espaciais e temporais), da relação com o corpo (conhecimento do esquema corporal; controlo postural; promoção do tónus muscular), com os objetos (manipulação e exploração), com os outros e com o envolvimento tal como proposto por Aragón (2007).

Na Unidade de Adultos do CRPS considerou-se relevante desenvolver sessões de atividade motora, desenvolvimento pessoal e social e terapias expressivas e na Unidade Infantil, o desenvolvimento psicomotor e terapias expressivas/atividades psicopedagógicas, em situações de grupo e individual. Para além do trabalho direto com os utentes de cada Unidade, e tal como referido anteriormente, a IPM atuou ainda ao nível da educação parental, através de ações de formação para os pais (com temas escolhidos pelos pais) e da sua participação em sessões de desenvolvimento psicomotor

e de formação aos cuidadores formais. A definição dos contextos de intervenção anteriormente referidos tiveram por base uma avaliação psicomotora inicial, que permitiu compreender as necessidades de foco da IPM. Este processo será apresentado seguidamente.

4.1 A Avaliação Psicomotora no CRPS

A avaliação psicomotora, enquanto processo dinâmico de recolha de informação sobre a pessoa (Salvia, Ysseldyke e Bolt, 2010) com a identificação de áreas fortes e dificuldades, é essencial para delinear e orientar os programas de intervenção (Gorla, Araújo e Carminato, 2004), identificando as necessidades de apoio e reflectindo sobre a sua eficácia. A avaliação psicomotora na sua abordagem global do sujeito, atentou nas componentes funcionais e relacionais, e as suas manifestações psicomotoras (e.g: tónus, equilíbrio, lateralidade, noção corporal, estruturação espaço-temporal, comunicação, praxias, atitudes e comportamentos) no contexto (Pitteri, 2004), atentando na representação, elaboração, integração, programação, regulação e verificação do movimento (Albaret, 2003; Fonseca, 2012). A avaliação permite decidir qual a melhor intervenção após o estabelecimento do perfil psicomotor (Pitteri, 2004). Para além da importância da observação, foi essencial a criação da relação terapêutica, com a adaptação das atividades às características praxicas e verbais de cada sujeito, considerando-se todos os diferentes contextos onde o indivíduo vive e interage. As respostas comportamentais dos indivíduos foram contextualizadas para compreender as necessidades de intervenção, tendo-se complementado a avaliação formal com a observação do indivíduo nos seus diferentes contextos.

Seguidamente, será apresentado, o capítulo referente a toda a parte prática da intervenção da estagiária.

Enquadramento da prática profissional

1 A Intervenção Psicomotora no CRPS

A IPM no CRPS foi desenvolvida em diferentes contextos tendo em conta os objetivos, as necessidades e a realidade do Centro e da sua população-alvo, considerando a possibilidade da continuidade das atividades após o término do estágio, através de formações teóricas e práticas aos profissionais do centro, dado este depender em grande parte do voluntariado missionário, acabando por ser os voluntários a trazer várias atividades, que ficam comprometidas quando os mesmos se vão embora.

Neste capítulo será descrita toda a prática no âmbito do estágio no CRPS, com os jovens/adultos na Unidade de Adultos e com as crianças na Unidade de Infantil.

1.1 Calendarização e Horário da Intervenção Psicomotora

O estágio teve início a 13 de outubro de 2015 e terminou a 27 de maio de 2016, tendo tido a duração de 7 meses e meio, com uma interrupção entre 18 de dezembro de 2015 e 18 de janeiro de 2016, devido ao encerramento para férias dos colaboradores, bem como interrupções pontuais nos feriados nacionais.

Todas as atividades foram realizadas de acordo com a calendarização das atividades do CRPS e o seu respetivo horário de funcionamento. Durante as atividades de observação e intervenção propriamente ditas, nos primeiros 2 meses de estágio, foi estabelecido, em conjunto com a orientadora local de estágio e também responsável por uma das Unidades, um horário semanal de 20h, adaptado ao horário das atividades ocupacionais e de reabilitação de cada uma das Unidades e das reuniões de equipa (tabela 1).

Tendo em conta as atividades ocupacionais e de reabilitação já desenvolvidas em cada uma das Unidades, a estagiária envolveu outros contextos e dinâmicas de intervenção no âmbito da IPM, tendo em conta os objetivos, as necessidades e a realidade do Centro e da sua população-alvo, bem como as exigências da Atividade de Estágio.

No processo de intervenção foram desenvolvidas sessões de grupo e sessões individuais, estando os estudos de caso inseridos nos grupos. Deste modo, e tal como referido, na Unidade Infantil as sessões da responsabilidade da estagiária foram: Promoção do Desenvolvimento Psicomotor (PDP), Terapias Expressivas (TE), Atividades Psicopedagógicas (AP); na Unidade de Adultos a estagiária foi responsável pelas sessões de Atividade Motora (AM), Desenvolvimento Pessoal e Social (DPS) e TE. Todas estas vertentes serão caracterizadas seguidamente de forma breve.

Tabela 1 - Horário das Atividades de Estágio

Horas	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
08:00-09:30	PEQUENO-ALMOÇO DAS CRIANÇAS: preparação da refeição; dar a refeição às crianças que necessitam; promover autonomia na alimentação de algumas crianças.				
09:30-09:45	Sessão Individual Estudo de Caso Unidade S. João de Deus	-	Sessão Individual Estudo de Caso Unidade S. João de Deus	-	-
09:45-10:30	Sessão de AM Unidade Infantil S. Bento Menni (grupo Ursinhos)	Sessão de TE ou APP Unidade Infantil S. Bento Menni (grupo Pinguins)	Sessão de PDP Unidade Infantil S. Bento Menni (grupo Pinguins)	Sessão de TE ou APP Unidade Infantil S. Bento Menni (grupo Pinguins)	Sessão de PDP Unidade Infantil S. Bento Menni (grupo Pinguins)
10:30-11:00			Atividade Psicomotora conjunta entre crianças e adultos		
11:00-11:30	Sessão de DPS Unidade S. João de Deus	Sessão de AM Unidade S. João de Deus	ALMOÇO	Sessão de TE Unidade S. João de Deus	Sessão de AM Unidade S. João de Deus
11:30-12:00					
12:00-13:30	DAS CRIANÇAS: preparação da refeição; dar a refeição às crianças que necessitam; promover autonomia na alimentação de algumas crianças.				
13:30-14:30	Almoço				
14:30-15:30	Sessão Individual Estudo de Caso Unidade Infantil S. Bento Menni	Sessão Individual Criança do grupo de intervenção Unidade Infantil S. Bento Menni	Sessão Individual Estudo de Caso Unidade Infantil S. Bento Menni	Sessão Individual Criança do grupo de intervenção Unidade Infantil S. Bento Menni	Sessão Individual Criança do grupo de intervenção Unidade Infantil S. Bento Menni

A estagiária também foi responsável por sessões de IPM com a participação das crianças e dos adultos à quarta-feira e por sessões de AM com um grupo de crianças entre os 2 e os 10 anos de idade com T21, situações de malnutrição e problemas sociais às segunda-feira (tabela 1).

1.1.1 Atividade Motora.

As sessões de AM foram planeadas e concretizadas para o grupo de 11 utentes com DID, com base nas características dos utentes da Unidade de Adultos, em sessões de 60 min, 2x/semana, no campo de jogos exterior. Estas sessões incidiram na manutenção da atividade física, promovendo o bem-estar dos utentes (Steadward, Weeler e Watkinson, 2003) e centraram-se na aprendizagem de modalidades desportivas adaptadas, previamente escolhidas pelos utentes, tendo como principal foco os fatores psicomotores, a promoção da relação com o corpo, com o espaço, com o tempo e com o outro. As atividades envolveram recursos e técnicas pedagógicas de carácter preventivo, terapêutico e de lazer/recreação, para a manutenção de uma vida ativa, melhoria da saúde e das capacidades físicas individuais, capacidade de escolha, autodeterminação e autorregulação do grupo (Steadward et al., 2003). As sessões foram organizadas em cinco momentos principais (mais informações no anexo A): (1) **conversa inicial** sobre o bem-estar, identificação da data e abordagem inicial dos pontos a serem trabalhados; (2)

ativação geral muscular e articular, através de uma sequência de exercícios motores para alongamento dos segmentos corporais, coordenação motora e agilidade e promoção da memorização da sequência; (3) **desenvolvimento das atividades** para os objetivos (gerais e específicos) definidos previamente; (4) **retorno à calma** através de diferentes técnicas de relaxação, promovendo-se a relação e consciencialização corporal; e (5) **reflexão final** questionando quais as atividades desenvolvidas, bem como o registo das presenças e faltas.

As atividades pretendiam promover as competências psicomotoras, procurando atuar também ao nível do controlo de ansiedade, melhoria da autoestima, a nível social (e.g.: cumprimento das regras), adaptativo e funcional. Há a realçar a utilização da música africana (e.g.: batuque), o lúdico e a diversificação de atividades (novidade).

1.1.2 Desenvolvimento Pessoal e Social.

As sessões de DPS foram planeadas e concretizadas para o grupo de 11 utentes com DID da Unidade de Adultos, 1x/semana, 60min, na sala polivalente e objetivavam o treino de competências sociais e o desenvolvimento de competências cognitivas (leitura, escrita e matemática), de acordo com a avaliação psicomotora realizada e organizaram-se em três momentos principais (mais informações no anexo B): (1) **conversa inicial**, (2) **desenvolvimento da atividade** e (3) **reflexão final** com os mesmos objetivos descritos anteriormente.

Do ponto de vista social, trabalharam-se as competências de comunicação, gestão de conflitos, resolução de problemas, tomada de decisões e autoestima, ao mesmo tempo que se promoviam as aptidões cognitivas (e.g.: processamento de informação e tomada de decisão), comportamentais (e.g.: assertividade, comportamento pro-social); emocionais (e.g.: regulação afetiva, relações positivas); e motivação e expectativas (e.g.: autocontrolo). As sessões, em contexto grupal, basearam-se no *Treino de Competências Pessoais e Sociais* proposto por Canha e Neves (2007) que envolve 3 principais componentes de intervenção e envolveram a vivência de situações sociais reais e estimulação de resolução das situações-problema: **formação da auto-consciência** (identidade pessoal e social de reconhecimento do corpo e atitudes); da **consciência social** (empatia e papéis sociais); do **comportamento social observável** (verbal e não-verbal; assertividade); e **planeamento e estratégia** (e.g.: resolver problemas e planear o futuro).

A promoção de competências académicas (leitura, escrita e matemática), cognitivas, adaptativas e funcionais implicou o ajustamento constante de estratégias para o sucesso, tendo sido as mais utilizadas a modelação, *coaching*, reforço de

procedimentos, tarefas de resolução de problemas, *role play* comportamental e cognição social (Gresham et al., 2001). Além disso, a estagiária teve em consideração ainda processos de facilitação como a instrução simples, a demonstração, suporte de imagens, jogos, experiências concretas e com aplicação na vida real (Agheana e Dutta, 2015).

1.1.3 Promoção do Desenvolvimento Psicomotor.

As sessões de PDP foram planeadas e concretizadas para o grupo de 7 crianças com PC da Unidade Infantil, em períodos de 60 min, 2x/semana, numa das salas de atividades da Unidade, tendo sido organizadas em quatro momentos principais (mais informações no anexo C): (1) **momento inicial** (cantar uma música que dá início à sessão); (2) **desenvolvimento da atividade** (3/4 atividades psicomotoras); (3) **retorno à calma** (e.g.: métodos de relaxação); e (4) **momento final** (música que dá por terminada a sessão).

Estas sessões objetivaram promover os domínios psicotores identificados na avaliação psicomotora (tonicidade e equilíbrio, lateralização, estruturação espaçotemporal, noção de corpo, praxias), a componente sensorial (perceção visual e auditiva), a componente social e de comunicação (verbal e não-verbal) e a autonomia nas AVD. As principais estratégias passaram pela mobilização, massagem e música, verificando-se que a música pareceu ter uma influência positiva ao nível psicomotor e socioafetivo (e.g.: acompanhar a música com gestos/dançar para a coordenação motora, cantar). Este trabalho foi articulado entre a estagiária e os pais através de sessões de estimulação psicomotora com a participação das crianças e respetivos pais, para a transmissão das técnicas e estratégias de promoção do desenvolvimento ao mesmo tempo que se promoviam os laços entre os pais e as crianças.

1.1.4 Terapias Expressivas e Atividades Psicopedagógicas.

As sessões semanais de TE e AP de 60min com o grupo de 11 adultos com DID (anexo D), e bissemanal com o grupo de 7 crianças com PC (anexo E), concretizaram-se na sala polivalente e numa das salas de atividades da Unidade, respetivamente. Tal como as anteriores, as sessões organizaram-se em quatro momentos: (1) conversa/momento inicial, (2) desenvolvimento da atividade, (3) retorno à calma e (4) reflexão/momento final.

As TE, através do movimento, artes plásticas, música, dança, teatro e outras atividades do tipo expressivo, possibilitaram a experimentação e a expressão de sentimentos, proporcionando a autodescoberta, um maior conhecimento de si próprio, estimulando-se a participação do indivíduo. Nestas sessões houve uma atenção especial à fase de desenvolvimento de cada indivíduo: no caso específico das crianças com PC e dadas as suas características, considerou-se essencial a estimulação sensorial,

potenciando a noção do corpo, do comportamento adaptativo, da percepção visuo-tátil-quinestésica, através do contacto visual, de diferentes formas, cores, texturas e dimensões. O resultado dos trabalhos realizados nestas sessões foram utilizados para exposição e decoração de uma das paredes da Unidade Infantil como forma de dinamizar a Unidade e de dar a conhecer aos familiares os trabalhos realizados pelas suas crianças no CRPS. Nos adultos com DID as terapias baseadas no movimento e no lúdico, permitiram uma maior consciencialização de si, do outro, do espaço que o rodeia e de uma maior capacidade de se localizar no tempo e no espaço. A simbolização do gesto e o desenho foram também utilizados para trabalhar com os grupos de intervenção.

Para além das sessões anteriormente referidas e descritas a estagiária desenvolveu outras atividades e sessões que constam no seu horário semanal:

- **Observação de outros apoios:** durante o 1.º semestre (outubro a dezembro) a estagiária teve uma participação ativa nas sessões de fisioterapia, onde observou o desenvolvimento global das crianças, e desenvolveu um horário fixo de funcionamento desta terapia, rentabilizando o trabalho dos dois fisioterapeutas;
- **Refeições:** a estagiária colaborou na preparação das refeições e no processo de alimentação de cada criança, promovendo a autonomia das mesmas nesta atividade; de referir que a estagiária introduziu um momento musical antes do pequeno-almoço como forma de dar, diariamente, as boas-vindas às crianças;
- **Rotinas diárias:** a estagiária teve um papel na re-organização do funcionamento do Centro, na planificação de um programa de atividades de reabilitação semanal da Unidade Infantil, na remodelação da decoração da Unidade Infantil (construção do plano de aniversários e do calendário para a identificação da data; colocação de *móviles* de peluche pelo teto da Unidade; e construção de um projeto para a pintura das paredes das salas e do jardim exterior) e na dinamização de diferentes datas comemorativas; participou também na colocação diária das crianças nas respectivas cadeiras de rodas assim que chegavam ao Centro, na organização das tarefas das auxiliares da ação educativa e do refeitório para que as crianças tomassem as refeições no mesmo espaço; foi possível ir ao encontro dos objetivos de gestão do RACP (2016) no que diz respeito à participação na criação e desenvolvimento de planos e programas transdisciplinares, em colaboração com diferentes profissionais;
- **Sessões de AM na Unidade Infantil:** com um grupo de 12 crianças autónomas da Unidade Infantil, com foco na promoção dos fatores psicomotores, na concretização de atividade física e na interação entre as crianças; estas sessões, semanais de 60 min, realizaram-se no espaço exterior da Unidade, com o apoio de dois auxiliares, que assim foram sendo formados para darem continuidade às mesmas; as sessões organizavam-se em 4 momentos principais: momento inicial com uma música que dava início a todas as atividades de manhã; ativação geral com a concretização de uma sequência de exercícios motores; desenvolvimento da atividade com a

concretização de 2 a 3 atividades psicomotoras; retorno à calma com a concretização de 1 atividade de relaxação e consciencialização corporal;

- **Sessões de Psicomotricidade Intergeracional:** com a participação das crianças e dos jovens/adultos às 4.^a feiras em sessões de 60min, com o objetivo de promover a sua interação e o sentido de responsabilidade e cuidado pelo outro, para além da estimulação dos fatores psicmotores;

A estagiária concretizou outras atividades no âmbito da intervenção psicomotora não só com a população alvo, mas com os cuidadores formais, informais e com a comunidade, que serão posteriormente apresentadas.

1.1 Organização do processo de intervenção

Neste subcapítulo são apresentadas as principais etapas percorridas ao longo do período de estágio, lembrando a inexistência da IPM no Centro, pelo que, numa fase inicial, um dos passos importantes foi descobrir e encontrar o seu lugar neste contexto, tendo em conta a cultura, hábitos, necessidades, objetivos, expectativas, dinamismo dos outros profissionais e atividades habitualmente realizadas.

Assim, aproveitou-se o período de observação para conhecer o funcionamento e as atividades do Centro e das Unidades, observando-se cada utente em contexto individual e em grupo, tendo sido feita também a integração da estagiária na equipa de profissionais. Esta fase foi essencial para a relação empática da estagiária com cada utente, criança, cuidador e técnico, fundamental para o progresso de todo o processo de intervenção. A observação inicial foi sobretudo “passiva” progredindo, gradualmente, para uma observação mais participada com o envolvimento ativo da estagiária nas diferentes atividades. Para completar o processo de observação a estagiária procedeu à leitura e análise dos processos individuais dos utentes e das crianças.

Em novembro, a estagiária começou a dinamizar sessões de IPM com os utentes para uma observação do desenvolvimento psicomotor individual, a partir da qual, a estagiária formou os grupos que beneficiariam de IPM (mesmo escalão etário e características próximas), e selecionou os estudos de caso (um de cada uma das unidades). Após esta seleção dos casos e organização dos grupos, procedeu-se à avaliação e análise das anameses. Neste processo, a estagiária criou instrumentos de avaliação a partir de outros já validados: aos jovens/adultos com DID foi aplicado o instrumento “Domínios Psicmotores”, tendo sido adicionalmente aplicado à jovem em estudo de caso a Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP); às crianças com PC foi aplicado o instrumento “Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor” (descritos mais à frente).

Após a recolha dos dados, a estagiária elaborou um plano de intervenção para cada um dos casos e para cada grupo de apoio, nos diferentes contextos de ambas as Unidades, tendo sido também realizadas outras atividades fora das que estavam inicialmente planeadas. Para cada sessão foi elaborado um plano de sessão, seguido do respetivo relatório de observações.

Nos anexos podem encontrar-se os exemplares de alguns destes documentos, correspondentes aos diferentes contextos de intervenção (anexos A, B, C, D, E). O cronograma das atividades de intervenção no CRPS está apresentado na tabela 2 e o cronograma dos temas abordar em cada sessão encontra-se na tabela 3.

Tabela 2 - Cronograma das Atividades de Intervenção no CRPS

Tarefa Meses	Observação	Observação Participada	Organização dos grupos e seleção estudos de caso	Avaliação Inicial e construção dos planos intervenção	Intervenção Psicomotora	Avaliação Final
outubro						
novembro						
dezembro						
janeiro						
fevereiro						
março						
Abril						
Maio						

A organização e planificação das sessões para os grupos baseou-se nos objetivos específicos estabelecidos após a avaliação inicial, considerando as necessidades e potencialidades de todos os elementos.

Cada grupo de apoio participou nos três contextos de intervenção. Na Unidade Infantil foram previstas 34 sessões de PDP (sendo concretizadas 27), 33 sessões de APP e TE (dinamizando-se 26 sessões) e na Unidade de Adultos foram previstas 34 sessões de AM (com 26 sessões concretizadas), previstas 18 sessões de DPS e de TE e concretizadas 14. Relativamente às intervenções individuais foram previstas para a utente A. e para a criança N. 33 sessões, tendo sido concretizadas com a utente A. 31 sessões e com a criança N. 30 sessões. Os motivos para a não realização das sessões prenderam-se ou com ensaios para as festas (S. Bento Menni e S. João de Deus), com a ausência da estagiária, durante a visita ao Centro das Irmãs Hospitaleiras na Macia e/ou para efeitos de avaliação psicomotora final.

Tabela 3 - Cronograma do Plano de Intervenção Psicomotora

Unidade S. João de Deus	
Sessões de Atividade Motora	
19 janeiro – 12 fevereiro	Futebol
16 fevereiro – 11 de março	Psicomotricidade
15 março – 8 abril	Basquetebol
12 abril – 13 maio	Andebol
Sessões de Desenvolvimento Pessoal e Social	
18 janeiro – 11 fevereiro	Consciência Pessoal e Social e Conhecer o Alfabeto e os Números
15 fevereiro – 10 março	Comportamento Social e Conhecer o Alfabeto e os Números
14 março – 11 abril	Planeamento e Estratégias e Formação e Leitura de Palavras e Conceitos Básicos de Matemática
14 abril – 12 maio	Relações Interpessoais e Formação e Leitura de Frases Simples e Conceitos Espaço-Temporais
Sessões de Terapias Expressivas	
19 janeiro – 11 fevereiro	Danças
16 fevereiro – 10 março	Musicoterapia
15 março – 12 abril	Dramaterapia
14 abril – 12 maio	Arteterapia
Unidade Infantil S. Bento Menni	
Sessões de Promoção do Desenvolvimento Psicomotor	
18 janeiro – 13 maio	Motricidade Global e Fina; Esquema e Noção do Corpo; Estruturação Espaço-Temporal; Estimulação Sensorial
Sessões de Terapias Expressivas e Atividades Psicopedagógicas	
19 janeiro – 11 fevereiro	Arterapia; Visionamento de Filmes; Hora do Conto; Atividades Académicas
16 fevereiro - 10 março	Musicoterapia; Visionamento de Filmes; Hora do Conto; Atividades Académicas
15 março – 12 abril	Danças; Visionamento de Filmes; Hora do Conto; Atividades Académicas
14 abril – 12 maio	Arterapia; Visionamento de Filmes; Hora do Conto; Atividades Académicas

As estratégias utilizadas com os estudos de caso da Unidade de Adultos foram sobretudo: adaptação das tarefas à idade cronológica, características, interesses, competências e motivações dos utentes; repetição das tarefas; feedback positivo; demonstração e instrução guiada; promoção da reflexão e avaliação auto e hetero de atividades e comportamentos; lúdico; adequação das atividades ao contexto cultural; adequação do discurso e do vocabulário ao contexto cultural; atitude assertiva e afetiva; criatividade na utilização e reutilização do material disponível. Nas sessões com as crianças da Unidade Infantil as principais estratégias desenvolvidas foram: adaptação das tarefas à idade cronológica, características, interesses, competências das crianças; apoio individualizado; música; lúdico; constante verbalização da ação a concretizar e dos elementos que a mesma envolve; constante interação e manutenção do contacto ocular com a criança; utilização de materiais chamativos em termos de cores e texturas.

1.2 Protocolo e Caracterização dos Instrumentos de Avaliação

O processo de avaliação psicomotora teve por base instrumentos direcionados para a funcionalidade diária e para os fatores psicomotores. Para a avaliação do grupo com DID

e dos estudos de caso foi construído um instrumento de “Domínios Psicomotores” e aplicada a ECAP (Santos e Morato, 2004). No caso das sessões com as crianças foi construído, e aplicado pela estagiária, um instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor. A aplicação dos instrumentos foi realizada de acordo com o protocolo original. Para além da cotação quantitativa de cada item procedeu-se também à anotação qualitativa do desempenho de cada utente e criança. Os mesmos instrumentos foram aplicados no momento de avaliação inicial e final no caso dos estudos de caso individuais e grupais.

A estagiária procurou promover a cooperação e motivar o interesse dos utentes, utilizando estratégias como a demonstração, análise de tarefas, variedade de atividades, reforços positivos, o lúdico, entre outras, para tornar o momento de avaliação o mais descontraído e natural possível, para a obtenção de resultados válidos. O protocolo de aplicação foi igual nos dois momentos de avaliação (inicial e final). A avaliação permitiu o estabelecimento do perfil psicomotor, com a identificação do desenvolvimento dos diferentes domínios psicomotores, ajudando na planificação da intervenção e na sua monitorização contínua, bem como avaliar os resultados do processo de intervenção. Seguidamente, procede-se à caracterização de cada instrumento aplicado.

2.3.1 Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa.

A ECAP surgiu da necessidade de uma escala capaz de avaliar o comportamento adaptativo (CA), tendo sido traduzida e adaptada da versão original (Lambert, Nihira e Leland, 1993), à realidade portuguesa por Santos e Morato (2012a). A ECAP é um instrumento de avaliação válido para a população portuguesa com e sem DID, dos 6 aos 60 anos (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos, Morato e Luckasson, 2014) e tem como objetivo avaliar a independência pessoal e comunitária do indivíduo, bem como o desempenho e o ajustamento diário ao contexto onde está inserido pela adequação de comportamentos face ao seu envolvimento e ao escalão etário onde está inserido (Lambert et al., 1993).

A ECAP permite identificar áreas fortes e menos fortes, contribuindo para o estabelecimento do perfil individual, planificação e monitorização, podendo ser utilizada para fins de investigação (Lambert et al., 1993; Santos, 2014). A escala funciona em complementaridade com outros instrumentos abrangendo as questões académico-escolares e também as áreas prioritárias na vida diária (Santos e Morato, 2012a).

A ECAP encontra-se dividida em duas partes, uma relativa às competências de independência pessoal e é constituída por 10 domínios: autonomia, desenvolvimento físico, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade

doméstica, atividade pré- profissional, personalidade, responsabilidade e socialização; e outra referente aos comportamentos desviantes distribuídos por 8 domínios: comportamento social, conformidade, merecedor de confiança, comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual, comportamento auto abusivo, ajustamento Social e comportamento interpessoal com perturbações (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). Outra característica da ECAP são os cinco fatores que resultam do agrupamento de determinados domínios (Santos e Morato, 2012c): Autossuficiência Pessoal, Autossuficiência na Comunidade, Responsabilidade Pessoal e Social, Ajustamento Social e Ajustamento Pessoal.

A cotação difere entre as partes, existindo na primeira duas formas de cotação: por complexidade crescente (valor mais alto representa maior autonomia) ou escolha dicotómica (Sim/Não); na parte 2, as opções de resposta variam 0=nunca, 1=ocasionalmente e 2=frequentemente (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014). A interpretação dos resultados, ao longo de todo o estágio, foi feita com referência a critério, considerando o escalão etário e os valores socioculturais do país.

Santos (2014) e Santos et al. (2014) analisaram as propriedades psicométricas da ECAP, que se confirmaram e no que diz respeito à consistência interna dos domínios os valores variaram entre 0.82 e 0.98 verificando-se a sua fiabilidade, obtendo valores na mesma ordem para o teste-reteste e revelando fortes correlações os domínios. De acordo com os mesmos autores, a análise factorial exploratória apontou a existência de cinco fatores.

A ECAP foi preenchida, pela estagiária, por observação direta de cada indivíduo nos seus múltiplos contextos (de acordo com a recomendação dos autores - Santos e Morato, 2007, 2012a), tendo-se recorrido aos pais/técnicos quando não se sabia o desempenho numa determinada situação.

2.3.2 Instrumento de Avaliação dos Domínios Psicomotores.

O instrumento de avaliação dos domínios psicomotores foi elaborado com base nas observações iniciais dos adultos com DID nas suas tarefas diárias, para compreender as áreas importantes a avaliar e a trabalhar na intervenção psicomotora, visando um melhor funcionamento independente. A estagiária baseou-se na Bateria Psicomotora (Fonseca, 2012), no teste *Movement ABC – Assessment Battery for Children* (Henderson e Sugden, 1992), o *Body Skills* (Sargent, 1988), o teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (Bruininks e Bruininks, 2005), e a ECAP (Santos e Morato, 2004). O instrumento (anexo F) envolve a avaliação dos 7 fatores psicomotores – tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço temporal, praxia global,

praxia fina; e dos seguintes domínios: autonomia, atividade económica, desenvolvimento da linguagem e comunicação, números e tempo, noção das formas geométricas, noção das cores, atenção, hábitos de trabalho, responsabilidade e socialização.

Os itens apresentados em cada fator psicomotor ou domínio foram cotados: **1.capacidade ausente** – não concretiza totalmente a tarefa; **2.capacidade emergente** – concretiza parcialmente a tarefa; e **3.capacidade adquirida** – concretiza totalmente a tarefa. Foi ainda incluída uma descrição qualitativa sobre o desempenho de cada participante. O instrumento foi aplicado no início e no fim do processo de intervenção, tendo os dados sido comparados e analisada a progressão dos mesmos.

2.3.3 Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor.

Tal como anteriormente, a elaboração deste instrumento baseou-se na observação inicial das crianças, nas suas atividades terapêuticas (e.g.: fisioterapia), diárias (e.g.: alimentação; higiene) e nos momentos de lazer e interação social, para identificar as necessidades, visando trabalhar, nas sessões psicomotoras, a autonomia, a funcionalidade e a qualidade de vida. O instrumento de avaliação foi construído pela estagiária com base em: *Schedule of Growing Skills II* (Bellman, Lingam e Aukett, 2008), *Gross Motor Function Measure* (Russel et al., 1989) e a Escala de Desenvolvimento da Criança de Bayley (Bayley, 2006) e avalia competências e aquisições básicas do desenvolvimento infantil.

Este instrumento avalia o desenvolvimento psicomotor: *Motricidade Global* (capacidades posturais ativas, passivas e locomotoras), *Motricidade Fina* (capacidades manipulativas), *Perceção Visual e Auditiva* (competências visuais e auditivas), *Comunicação e Linguagem e Social* (interação social e autonomia nas AVD). A escolha dos itens a avaliar considerou a idade, as competências e as dificuldades das crianças, ao mesmo tempo que não se considerava apenas o produto mas atentava-se ao processo de realização de cada tarefa solicitada. Os domínios foram cotados de **0 a 4**: **0**=Não Faz; **1**=Ajuda Física Total; **2**=Ajuda Física Parcial; **3**=Apoio a Recursos Materiais; e **4**=Sem Ajuda. Nos domínios *Perceção Visual e Auditiva*, *Comunicação e Linguagem e Social*, os itens assinalados (*) foram cotados apenas com a cotação 0 ou 4 (faz ou não faz). Ao longo da avaliação foram acrescentadas descrições qualitativas sobre o desempenho de cada criança. O instrumento (anexo G) foi aplicado no início e no fim do processo de intervenção e os dados comparados e analisada a progressão dos mesmos.

2.3.4 Procedimentos.

Para aplicação dos instrumentos de avaliação, no momento de avaliação inicial, foram primeiramente selecionados os adultos com diagnóstico de DID e as crianças com PC, e dentro destes a estagiária selecionou uma utente (com T21) e uma criança (com AGD) para estudo de caso. Após esta seleção, procedeu-se à ao pedido do consentimento informado pelos prestadores de cuidados respectivos, no caso da N. solicitou-se a comparência da mãe para o preenchimento da anamnese tal como no caso de A. foi solicitada a comparência da mãe para o preenchimento da anamnese e da ECAP, tendo-lhe sido explicado o trabalho planeado a desenvolver, pela estagiária, com a sua educanda, tendo a mãe concordado e assinado o consentimento informado (nota: processo repetido com o próprio caso). A avaliação foi realizada de forma individual, em dois momentos distintos: a ECAP e a anamnese foram aplicadas em forma de entrevista à mãe na sala de psicologia da Unidade de Adultos e o teste “Domínios Psicomotores” aplicada à A. no campo de jogos, numa sessão de 1h30 (avaliação inicial no 29 de outubro de 2015 e avaliação final nos dias 16 e 18 de maio de 2016).

A avaliação do grupo de jovens/adultos com DID, com o instrumento “Dominios Psicomotores”, foi realizada em contexto grupal, tendo os 11 utentes sido divididos em grupos de 3. A aplicação do instrumento, com duração média de 1h30, decorreu numa sala familiar, espaçosa e com luz natural, entre os dias 26 de outubro e 6 de novembro de 2015 (avaliação inicial) e 16 e 20 de maio de 2016 (avaliação final). Alguns dos itens foram cotados através de observação direta nas atividades diárias do Centro e pela discussão em equipa, com a Psicóloga e a Irmã responsável pela Unidade. A aplicação e as estratégias utilizadas são as mesmas do estudo caso. A aplicação dos instrumentos respeitou os protocolos originais, tendo os itens sido avaliados na sua ordem de apresentação. Para a aplicação do instrumento de avaliação psicomotor utilizou-se o seguinte material: colchão, fita adesiva, pinos, bola de futebol, bola de ténis, bola de basquetebol, canudo de papel, relógio, lápis, imagem da figura humana, folhas brancas, folhas quadriculadas, cartões com estruturas espaciais e clips. As estratégias para promover a cooperação e motivar o interesse dos utentes, passaram pela demonstração, análise de tarefas, variedade de atividades, reforços positivos, o lúdico, entre outras.

A avaliação da N. foi concretizada em contexto individual, com a duração de 30/40min, utilizando o instrumento – “Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor”, no dia 20 de novembro de 2015 (inicial) e 16 de maio de 2016 (final). Para além desse momento também a mãe de N. se dirigiu ao Centro para comparecer no preenchimento da anamnese e assinar o consentimento informado, onde foi explicado o trabalho planeado

a desenvolver, pela estagiária, com a sua educanda. A aplicação do instrumento decorreu numa sala familiar e confortável para a criança, com luz natural, com materiais familiares e com música de fundo para a manter calma permitindo que a mesma usufrísse do momento. Para além da aplicação direta de alguns itens, houve outros que foram cotados através de observação da criança nas atividades diárias e pela discussão articulada com as Colaboradoras e a Irmã responsável pela Unidade. Para aplicação deste instrumento foram utilizados os seguintes materiais: colchões; roca; colher de plástico; espelho; lápis; folha branca; 3 cubos; 3 pinos; e objeto que balanceia (peluche pequeno em rotação seguro por um fio). A avaliação do grupo de 7 crianças com PC foi realizada em contexto individual, devido às características de cada uma, entre os dias 23 de novembro e 4 de dezembro de 2015 (avaliação inicial) e 16 e 20 de maio de 2016 (avaliação final). A avaliação psicomotora realizou-se pela aplicação direta das tarefas de cada domínio num período de 30 a 40 minutos, tendo-se utilizado os mesmos materiais anteriormente indicados.

2 Estudos de Caso e Grupos de Intervenção

Seguidamente serão apresentados os estudos de caso alvo da IPM realizada pela estagiária: a A. e a N. em estudo de caso individual e os dois grupos; jovens/adultos com DID e crianças com PC.

Neste sentido será feita a sua descrição, sendo apresentados os quadros relativos ao perfil intra-individual e dos objetivos gerais e específicos do plano de intervenção, baseados nos resultados da avaliação inicial, sendo feito, posteriormente, uma comparação com os dados da avaliação final.

2.1 Estudo de Caso da Unidade de Reabilitação de Adultos.

A jovem em estudo de caso (A.) tem 14 anos, frequenta o CRPS desde os seus 11 anos e tem como diagnóstico T21. A jovem vive com o pai, mãe e com quatro irmãos (8, 18, 22 e 24 anos), estudantes, todos de nacionalidade moçambicana. A mãe e o pai têm 41 e 46 anos de idade respetivamente, estão casados e têm completo o ensino secundário, sendo a mãe educadora infantil e o pai técnico industrial.

A mãe engravidou quando tinha 28 anos, não tendo sido uma gravidez planeada na qual houve algumas complicações, tendo sido considerada uma gravidez de risco, com acompanhamento mensal do médico. O período de gestação segundo a mãe passou um pouco dos 9 meses, com dores durante muitos dias antes do parto, que foi

normal e sem quaisquer complicações no Hospital Central de Maputo. Segundo a mãe, a A. não chorou quando nasceu, e não tem informação relativa ao Índice de Apgar.

Aos 6 meses uma vizinha alertou para o facto de a criança não reagir a estímulos, tendo sido, nessa altura, diagnosticada com T21, pelo que passou a usufruir de fisioterapia e terapia da fala no Hospital Central, e a mãe deixa de trabalhar para cuidar da filha. A mãe relata que sentiu medo e perda com o diagnóstico, bem como o resto da família, apesar do apoio dos técnicos de saúde ter sido muito importante para a aceitação e acompanhamento da criança.

Até aos 6 anos de idade a A. manteve-se em casa com a mãe, altura em que se tentou que frequentasse uma escola de ensino especial, não tendo sido aceite na mesma dadas as potencialidades para estar numa escola regular. Aos 7 anos, A. entrou na escola regular, mas por motivos de *bullying* abandonou-a a meio desse ano. Aos 8 anos entra num colégio privado, numa turma de ensino especial, com acompanhamento individual de uma professora, onde esteve durante 2 anos a usufruir de bolsa de estudo. A. mudou de escola ao fim destes 2 anos pois a professora também mudou e A. deixou de gostar de frequentar o colégio, tendo a mãe sentido que o apoio dado à sua filha já não era igual, apesar das evoluções a nível académico. A. passou a frequentar o CRPS até à data. Para a mãe o CRPS é um lugar muito positivo onde A. tem aprendido muitas competências de vida diária e trabalhos manuais que ela considera muito importantes, sendo visível os progressos desde que está no CRPS, afirmando que ela é feliz.

A. é acolhida e aceita pelos pais e pelos irmãos bem como pela família da mãe, o que não acontece com a família do pai, onde A. é vista como uma jovem diferente sem capacidades. Na comunidade a mãe refere que a A. é vista como uma jovem especial, acolhida e querida por todos, não sentindo discriminação por parte da comunidade.

A. apresenta como pontos fortes o facto de ser uma jovem educada, atenciosa, respeitadora, humilde, que gosta muito de aprender, criativa e com muitas capacidades para serem desenvolvidas. Quanto aos pontos menos bons a mãe tem dificuldade em referir algum, dizendo apenas que gosta de usar roupas um pouco ousadas. A mãe deseja que A. continue a fazer mais progressos, e que seja capaz de um dia fazer algo muito específico que marque a diferença na sociedade, referindo também que deseja encontrar um lugar onde possa deixar a filha em segurança, uma vez que a família está a atravessar um momento com grandes dificuldades financeiras e problemas de saúde.

Quanto aos interesses e gostos de A. é referido pela mesma que gosta muito de desenhar, dobrar a roupa, cozer pão, cozinhar, lavar a loiça, saltar, dançar e correr, gosta muito do verão e de ir à praia, preferindo lugar mais calmos, gosta muito de passear e de

estar com os amigos. Refere que um ponto forte dela é lavar a loiça e um ponto menos positivo é lavar a roupa do pai.

Seguidamente será apresentado o perfil-intraindividual da A., os objetivos de intervenção e avaliação final dos resultados.

2.1.1 Perfil-Intraindividual, Objetivos de Intervenção e Avaliação Final dos Resultados.

De acordo com os resultados obtidos na avaliação inicial foi possível identificar as áreas fortes e as áreas a promover da A. (tabela 4), definindo-se também os objetivos gerais e específicos de intervenção (tabela 5), considerando-se, os interesses, motivações e desejos de A., bem como as expectativas e desejos da mãe.

Tabela 4 - Perfil Intra-Individual da utente A.

Áreas Fortes	Áreas a Promover
Motivação e interesse em participar em atividades de grupo e outras atividades de cariz motor	Estruturação espaço temporal (organização; estruturação rítmica; estruturação dinâmica; relações espaciais)
Concretização de atividades domésticas	Equilíbrio em apoio unipodal
Reconhecimento e utilização do dinheiro no dia-a-dia	Expressão de emoções, sentimentos e pensamentos
Hábitos de trabalho em de tarefas diárias	Dissociação
Sentido de responsabilidade para com os seus pertences e dos outros	Descrição de imagens e acontecimentos
Relações e iniciativas afetivas	Capacidade de memorização
Vontade de aprender e participar em novas atividades	Capacidade de relaxação passiva
Autonomia nas AVD	Identificação de partes do corpo e reconhecimento direita-esquerda no próprio e no outro
Interesse por atividades de expressão corporal e artística	Compreensão verbal e articulação do discurso
Capacidade de manter atenção necessária para instrução e para a tarefa	Representação da figura humana
Micromotricidade	Coordenação entre membros superiores e inferiores
Coordenação motora (óculo-podal e óculo-manual)	Competências cognitivas: leitura, escrita, noção de tempo (horas, estações do ano, meses do ano, dias de semana, data do dia atual), reconhecimento dos números e operações matemáticas simples
Capacidade de reprodução de estruturas espaciais	
Equilíbrio dinâmico e estático	

Ainda na tabela 5 é possível confrontar os objetivos previamente definidos com os resultados da avaliação final e compreender se os mesmos foram alcançados, parcialmente alcançados ou não alcançados. Após este processo inicial definiu-se a concretização de duas sessões individuais por semana (anexo H).

Tabela 5 - Objetivos gerais e específicos para o processo de intervenção psicomotora e avaliação final dos resultados da utente A.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Avaliação Final de Resultados
Promover os fatores psicomotores	Promover a eutonia;	Parcialmente Alcançado
	Promover a relaxação e descontração das diferentes partes do corpo voluntariamente;	Parcialmente Alcançado
	Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico em apoio unipodal;	Alcançado
	Melhorar o reconhecimento, identificação e distinção das diferentes partes do corpo (e.g.: joelho, tornozelo, pulso, cotovelo, ombro) no próprio e no outro;	Alcançado
	Aperfeiçoar a representação da figura humana;	Alcançado
	Melhorar o reconhecimento direita-esquerda no próprio e no outro;	Alcançado
	Desenvolver o cálculo das distâncias e ajustamentos dos planos motores para as percorrer;	Parcialmente Alcançado
	Desenvolver a memorização visual de sequências espaciais e reprodução motora de estruturas rítmicas;	Alcançado
	Melhorar o reconhecimento das posições em relação ao envolvimento e aos outros e das relações espaciais;	Alcançado
	Desenvolver a capacidade de dissociação e coordenação entre os movimentos dos membros superiores e inferiores;	Alcançado
Promover competências cognitivas	Promover a memorização;	Alcançado
	Desenvolver a capacidade de identificação das letras do alfabeto;	Alcançado
	Promover a escrita do nome e algumas palavras;	Alcançado
	Desenvolver o reconhecimento (leitura) de palavras e frases curtas escritas;	Parcialmente Alcançado
	Desenvolver a identificação e escrita de números;	Alcançado
	Melhorar as competências matemáticas básicas (adição e subtração);	Não Alcançado
	Desenvolver a capacidade de saber ver as horas num relógio digital/analógico;	Parcialmente Alcançado
	Promover a identificação da data, dias da semana, meses e estações do ano;	Alcançado
Promover a comunicação e Linguagem	Aumentar o vocabulário essencial para uma conversação;	Alcançado
	Promover a compreensão e expressão verbal e não-verbal de emoções, sentimentos e pensamentos;	Alcançado
	Melhorar a articulação do discurso;	Alcançado
	Melhorar a descrição de imagens e de acontecimentos.	Alcançado
Promover expressão artística	Estimular a expressão corporal;	Parcialmente Alcançado
	Promover capacidades de trabalhos manuais artísticos (pintura; moldagem de barro; plasticina; etc.)	Alcançado

2.1.2 Apresentação e Discussão dos Resultados.

Os resultados obtidos pela aplicação da ECAP nos dois momentos de avaliação (inicial e final - tabela 6 e figuras 7, 8 e 9) serão interpretados à luz do contexto da adolescente, razão pela qual alguns itens (com zero valores), não foram considerados para a IPM.

2.1.2.1 Parte I – Competências de Independência Pessoal

Os domínios da parte I serão analisados individualmente, comparando a cotação obtida pela utente no momento da avaliação inicial e final (figura 7).

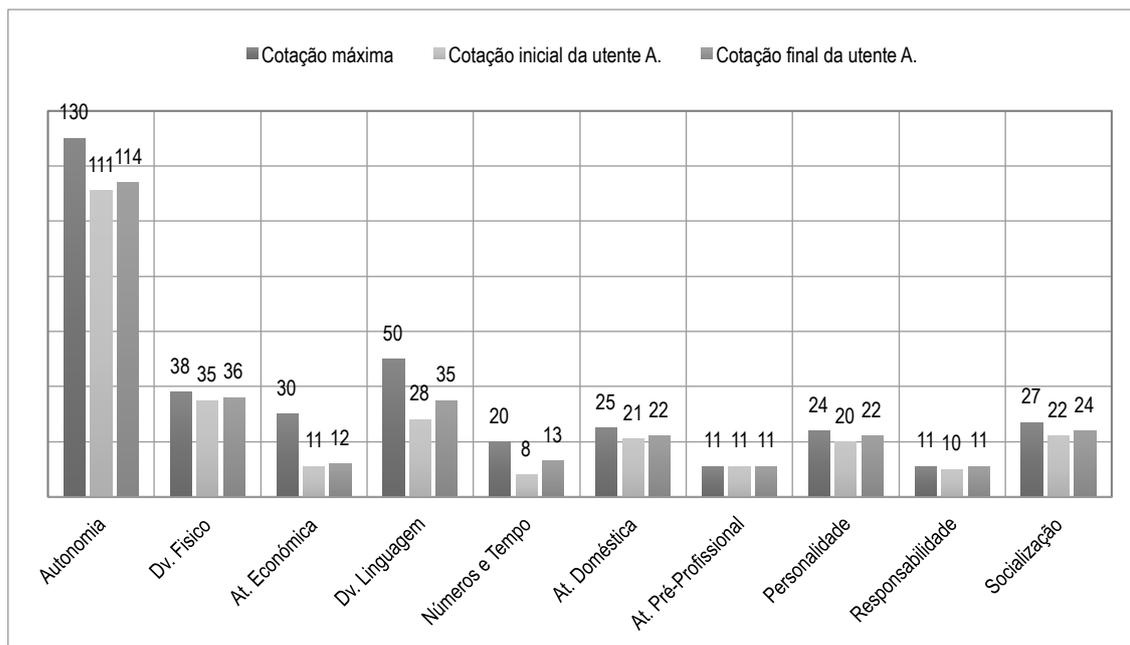


Figura 7- Gráfico de comparação dos resultados obtidos pela A. nos domínios da Parte I da ECAP na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio

- **Autonomia:** a cotação é próxima do valor máximo nos dois momentos da avaliação, verificando-se um ligeiro aumento na final, sobretudo devido às melhorias na higiene oral, sendo já capaz de concretizar de forma apropriada. De forma geral, a A. tem total autonomia no seu dia-a-dia, nas tarefas exigidas, tendo algumas dificuldades em orientar-se em locais desconhecidos e não anda sozinha em transportes públicos, devido ao receio da mãe, mas é capaz de se deslocar sozinha pelas vizinhanças do Centro e da sua casa; numa mercearia apenas é capaz de escolher e comprar pequenos itens e não participa em atividades de recreação sozinha. Apesar de não ter obtido os valores máximos nos outros itens, estes não são prioritários nem aplicáveis no dia-a-dia (e.g., utilização de telefone/lista telefónica, correios e transportes). Há que realçar a atenção que a mãe dá à higiene, sobretudo ao tratamento e escolha da roupa/calçado: a roupa é lavada num tanque à mão pela A.;
- **Desenvolvimento Físico:** a A. obteve uma pontuação elevada neste domínio, com um ligeiro aumento na avaliação final, dado o melhor nível de eutonia, maior equilíbrio em diferentes posições e coordenação motora; na avaliação final continuou-se a não observar a utilização de forma funcional do braço/perna esquerda, com lateralidade definida à direita, apesar desta questão não colocar em causa a sua funcionalidade;
- **Atividade Económica:** neste domínio são visíveis valores mais baixos, existindo itens sem aplicabilidade no contexto da A., não afetando a sua funcionalidade diária, e por isso não são alvo de intervenção (e.g.: utilização “serviços bancários” e “recursos de pagamento”). A A. é capaz de somar moedas até 7 meticias (moeda nacional), o equivalente ao valor de uma viagem de transportes públicos, mas não planifica a utilização do dinheiro, não sendo uma competência valorizada pela família, que assume a responsabilidade neste tipo de tarefas, situação que também ocorre ao

nível das compras de roupa, apesar de ser supervisionada consegue fazer compras menores, sendo capaz na avaliação final de especificar vários itens sem ajuda;

- **Desenvolvimento da Linguagem:** este domínio é onde se observam progressos mais significativos - a A. já utiliza o verbo para descrever imagens, é capaz de escrever e ler o seu nome sem dificuldades e de escrever mais de dez palavras (autonomamente ou através de cópia), não sendo ainda capaz de ler frases ou textos, reconhecendo algumas palavras; na avaliação final já não se observa a troca de letras e compreende instruções com vários passos. O seu discurso é compreensível, com frases curtas, simples e com mais elementos gramaticais, respondendo de forma direta e simples às questões, expressando as suas ideias, sentimentos, necessidades e vontades de forma mais clara e segura na avaliação final;
- **Números e Tempo:** este é também um domínio em que se observa um aumento significativo da cotação, uma vez que a A. na avaliação final é capaz de ver as horas num relógio digital com precisão ao minuto, continua a saber contar mais de dez objetos e para além disso nomeia os dias de semana, meses e estações do ano, indica a data atual e sabe diferenciar dia/semana, horas/minuto, mês/ano. Não é ainda capaz de realizar operações matemáticas, como adição ou subtração, não tendo sido possível trabalhar com a utente tempo suficiente, para essas aquisições;
- **Atividade Doméstica:** este é um dos pontos fortes, uma vez que a A. é estimulada pela mãe/Centro nesta área, assegurando tarefas domésticas com autonomia, motivação e dedicação, exceto passar a ferro e preparar refeições, dado o perigo associado e a proteção da mãe; durante a intervenção a A. passou a ferro pequenas peças no Centro com cuidado e interesse;
- **Atividade Pré-Profissional:** a A. é capaz de realizar um trabalho que requeira a utilização de instrumentos ou maquinaria (e.g.: atividade de costura do Centro), tendo os cuidados necessários para evitar acidentes consigo e com os outros; trabalha de forma constante, produtiva e organizada, é pontual e assídua, não sendo necessário supervisão constante para o desempenho das tarefas, cumprindo regras e acatando as solicitações, mantendo esta atitude ao longo de todo o processo de intervenção;
- **Personalidade:** a A. revela iniciativa nas atividades a desenvolver, não sendo necessário reforço/estímulo constante para a sua realização, mostrando maior autonomia e organização na concretização das tarefas na avaliação final, sendo capaz de manter a atenção necessária para a concretização das mesmas;
- **Responsabilidade:** a A. mostrou desde o início ser muito responsável pelos seus pertences e dos outros, cumprindo as tarefas atribuídas com empenho e dedicação, procura ajuda quando necessário e assume as responsabilidades pelas suas ações;
- **Socialização:** a A. mostrou, sempre, disponibilidade em ajudar o outro, mostrando preocupação para com o mesmo, identifica o nome e outras informações de familiares, colegas e técnicos; participa ativamente em atividades grupais de forma espontânea e entusiasta aceitando de forma construtiva as críticas; a A. é muito carinhosa, gosta muito de abraços e do contacto direto com o outro.

2.1.2.2 Parte II – Comportamentos Desviantes

Os domínios da parte II serão analisados individualmente, comparando a cotação obtida pela utente no momento da avaliação inicial e final (figura 8).

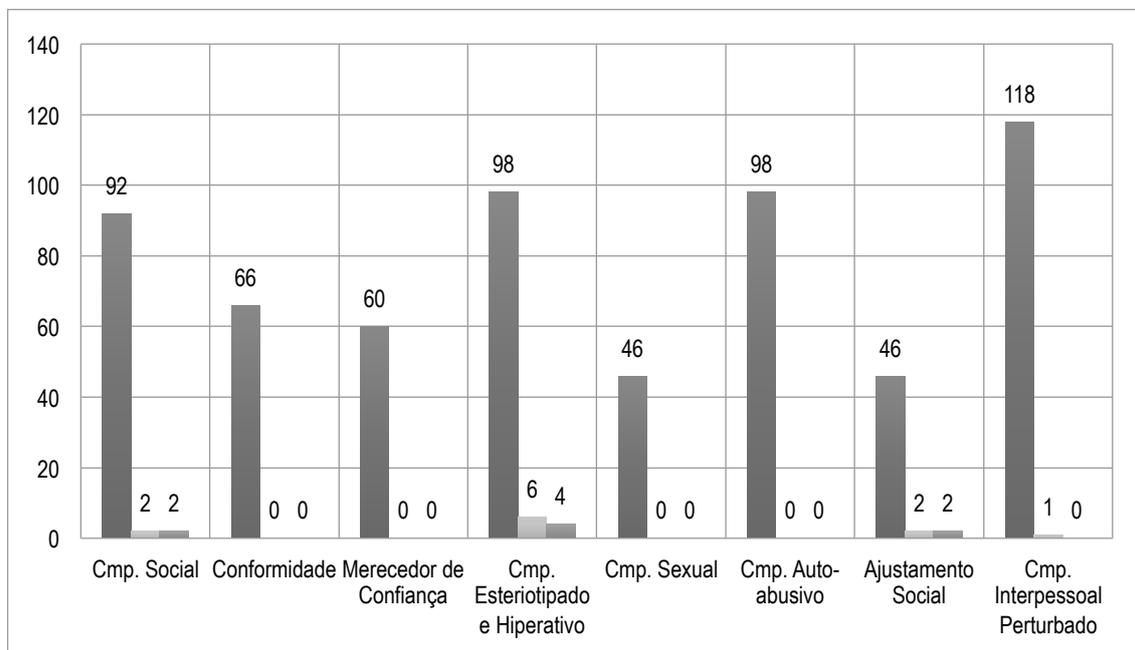


Figura 8– Gráfico da comparação dos resultados obtidos pela A. nos domínios da Parte II da ECAP na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio

- **Comportamento Social:** a A. não apresenta comportamentos sociais desajustados, apesar de ocasionalmente exigir serviços, tentando ordenar aos outros o que fazer;
- **Conformidade:** não revela desajustamentos a este nível, respeitando as regras e acatando ordens e solicitações feitas pela autoridade;
- **Domínio Merecedor de Confiança:** nunca apresentou comportamentos destrutivos e de pertença em relação às propriedades dos outros ou públicas;
- **Domínio Comportamento Estereotipado e Hiperativo:** a A. gosta muito de tocar, abraçar, apertar e beijar os outros e fá-lo com frequência, tendo-se verificado uma ligeira adequação desse comportamento nos diferentes momentos do seu dia, não comprometendo assim o seu dia-a-dia e a sua relação com os outros;
- **Comportamento Sexual e Auto-Abusivo:** a A. nunca revelou comportamentos desajustados a estes níveis;
- **Ajustamento Social:** a A. mostrou-se tímida e envergonhada em situações sociais, escondendo a cara em situações de grupo ocasionalmente; e

- **Comportamento Interpessoal Perturbado:** ao início a A. ocasionalmente tinha ciúmes da atenção dada aos outros, algo que foi sendo capaz de gerir ao longo do processo de intervenção, sabendo colocar-se no seu lugar e esperar pelo feedback.

Na avaliação inicial, os resultados apontaram como áreas fortes da A. *Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Doméstica, Atividade Pré- Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização*, enquanto que os domínios sob os quais devia ser dada especial atenção, demonstraram ser: *Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem e Números e Tempo*. Ao nível dos comportamentos desajustados e uma vez que os registos menos positivos não são considerados significativos na vida de A., assumiu-se que não há necessidade de intervir a este nível.

Desta forma, foi decidido investir-se, ao longo do processo de intervenção, ao nível da Autossuficiência na Comunidade e na Responsabilidade Pessoal e Social. Observa-se na figura 9 um aumento nesses dois fatores bem como no fator de Autossuficiência Pessoal, na avaliação final, devendo-se esse aumento sobretudo às aquisições no domínio desenvolvimento da linguagem e números e tempo, verificando-se também maior capacidade de manutenção da sua atenção e memorização, maior envolvimento e participação nas atividades de grupo, maior ajustamento social, sabendo melhor adequar e gerir a partilha de afetos e a relação com o outro.

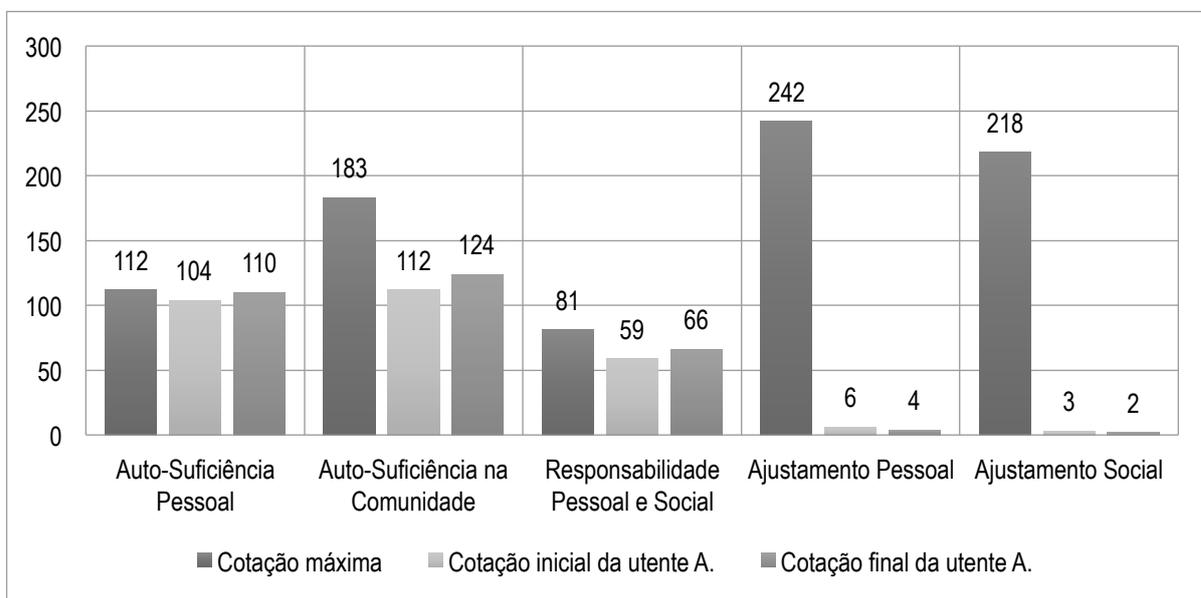


Figura 9- Gráfico da comparação dos resultados obtidos pela A. em cada fator na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada fator da ECAP

Os resultados da aplicação dos “Domínios Psicomotores” (tabela 6 e figura 10) ajudaram no planeamento e operacionalização de um programa de intervenção psicomotora. A A. no geral tem um bom desempenho psicomotor, tendo-se observado

inicialmente algumas dificuldades ao nível da tonicidade, equilibração, noção do corpo, estruturação espaço temporal e praxia global, tendo obtido praticamente a cotação máxima na praxia fina. A A. mostrou-se sempre bem-disposta, motivada e interessada na concretização das tarefas, tentando sempre dar o seu melhor, nos dois momentos de avaliação. Verifica-se também nos dois momentos que a A. procura muito o feedback durante a concretização da tarefa e no final da mesma.

Tabela 6 - Apresentação dos resultados obtidos pela A. no instrumento "Domínios Psicomotores" na avaliação inicial e final

Domínios		Av. Inicial	Av. Final	
Tonicidade	Paratonia	2	2	
	Passividade	1	2	
Equilibrção	Imobilidade	3	3	
	Equilíbrio Estático	Pés alinhados verticalmente	3	3
		Apoio na ponta dos pés	3	3
		Apoio unipodal	1	2
	Equilíbrio Dinâmico	Apanhar objetos do chão sem cair	3	2
		Correr/parar/recomeçar, evitando objetos	2	3
		Caminhar sobre uma linha	2	3
		Saltar c/apoio unipodal	2	3
		Saltar a pés juntos	3	3
	Salto vertical	3	3	
Lateralização	Ocular	Direita	Direita	
	Auditiva	Direita	Direita	
	Manual	Direita	Direita	
	Podal	Direita	Direita	
Noção do Corpo	Reconhece partes do próprio corpo	2	3	
	Reconhece direita-esquerda	2	3	
	Reconhece partes corpo na imagem	2	3	
	Reconhece partes do corpo no outro	2	2	
	Desenho da figura humana	2	3	
Estruturação Espaço-Temporal	Organização	1	3	
	Estruturação dinâmica	3	3	
	Estruturação rítmica	1	2	
	Reconhece posições do envolvimento vs. eu	2	3	
	Identifica relações espaciais entre objetos	2	3	
	Identifica relações espaciais em relação ao outro	2	3	
Praxia Global	Coordenação óculo podal	3	2	
	Coordenação óculo manual	Driblar	2	3
		Lançar	3	3
		Agarrar	3	3
	Dissociação	1	3	
	Saltar no mesmo sítio (ambos os lados alternados)	1	2	
Agilidade	3	3		
Praxia Fina	Preensão de pequenos objetos	3	3	
	Preensão em pinça (caneta/lápis)	3	3	
	Coordenação dinâmica manual	3	3	
	Velocidade-precisão	2	3	

1- capacidade ausente; 2- capacidade em aquisição; 3- capacidade adquirida

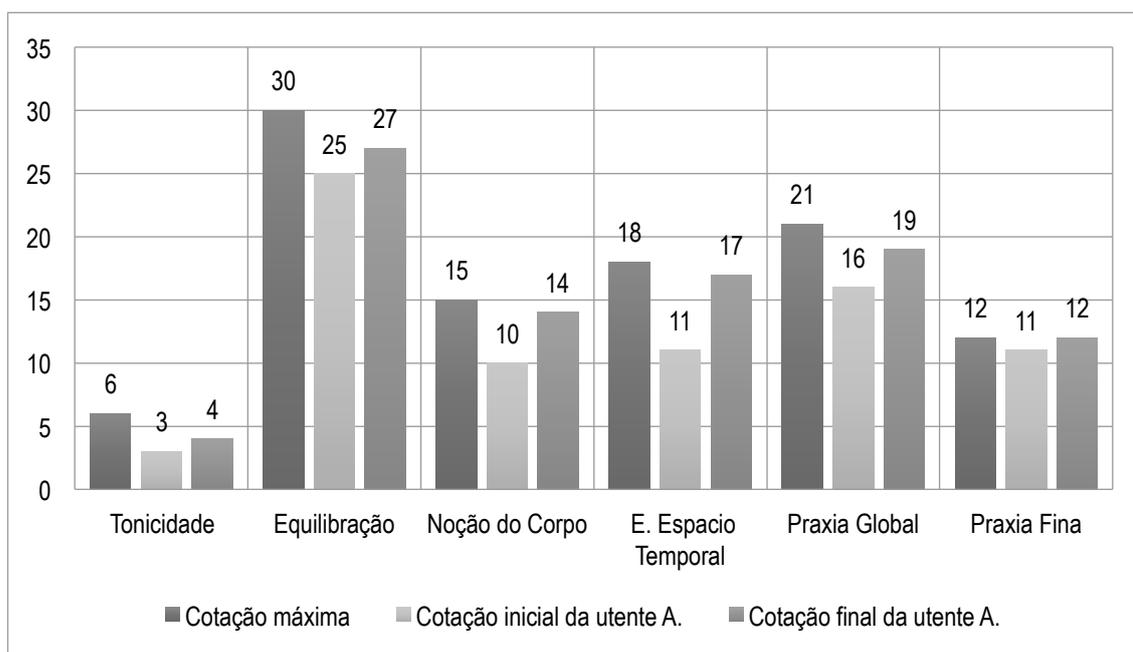


Figura 10 - Gráfico de comparação dos resultados obtidos pela A. no instrumento "Domínios Psicomotores" na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio

De forma resumida, no fator da **Tonicidade** considerou-se a capacidade de descontração voluntária uma capacidade em aquisição, dado alguns bloqueios e tensão nas mobilizações passivas, sobretudo ao nível dos membros inferiores, verificando-se na avaliação final uma ligeira diminuição dessa tensão e bloqueios; na passividade na avaliação final é possível observar-se e sentir-se maior descontração e por isso são mais visíveis movimentos pendulares no momento de relaxação dos membros superiores e inferiores, ao contrário da avaliação inicial. No geral, verifica-se que na avaliação final a utente apresenta melhor nível de eutonia.

A **Equilibração** teve uma cotação significativa, com bom controlo postural em diferentes posições de equilíbrio estático e dinâmico, mesmo de olhos fechados, mostrando-se mais confortável e com maior segurança nesta posição na avaliação final. No item da imobilidade, A. permaneceu em equilíbrio sem oscilações na posição e tempo solicitados, obtendo, igualmente, a cotação máxima em todos os itens de marcha, observando-se nos dois momentos de avaliação o tremor das palmeiras; relativamente ao equilíbrio dinâmico observam-se melhorias no desempenho de cada salto com os olhos fechados, sobretudo no salto em apoio unipodal, onde a A. é capaz de ter maior controlo postural e manter maior concentração, permitindo que todas as tarefas de equilíbrio dinâmico sejam concretizadas com maior sucesso e maior segurança.

Quanto à **Lateralização** a A. desde avaliação inicial que tem a sua lateralização bem definida à direita, com um perfil ‘DDDD’. Na **Noção do Corpo** na avaliação inicial a A. tinha dificuldades em identificar e nomear pormenores anatómicos (e.g.: cotovelo, ombro, joelho, tornozelo e pulso), não sabendo por vezes indicar o nome ou trocando-os, no entanto na avaliação final a utente identifica sem dificuldade cada uma dessas partes nela própria, no outro e numa imagem; no reconhecimento direita-esquerda na avaliação final não mostra tanta incerteza e insegurança; na avaliação final o desenho do corpo é mais realista, com mais pormenores e maior proporcionalidade, continuando a desenhar a cabeça, pescoço, o tronco e o umbigo, e os membros (algo que não se observa no desenho da avaliação inicial, apesar do número de dedos não ser o correto). Na avaliação final observou-se uma expressão facial de maior felicidade (sorriso maior) em relação ao desenho da avaliação inicial.

No que concerne à **Estruturação Espaço Temporal** a A. na avaliação inicial, apresentou dificuldades significativas a realizar os percursos do domínio da organização, não ajustando os planos motores para a concretização da tarefa; na avaliação final a A. já ajustou o tamanho dos passos a realizar. Quanto à estruturação rítmica na avaliação inicial a utente não foi capaz de memorizar e reproduzir nenhuma estrutura, tendo na avaliação final sido capaz de reproduzir as estruturas rítmicas mais simples. Na estruturação dinâmica na avaliação inicial a A. foi capaz de reproduzir as estruturas espaciais corretamente, com a ajuda da representação visual, não sendo necessário na avaliação final. O reconhecimento das relações espaciais em relação a si, ao envolvimento, ao outro e a objetos, ainda não estava bem consolidado inicialmente, tendo-se alcançado este conhecimento no fim da intervenção (apesar de às vezes trocar o lado direito com o esquerdo).

Na **Praxia Global** a A. consegue realizar as tarefas solicitadas sem desequilíbrios e hesitações na concretização da tarefa, apesar de ligeiras dificuldade em lançar a bola com a mão esquerda e no drible, mantendo-se estas dificuldades na avaliação final. Na avaliação final, apesar de várias tentativas, a utente continua a não ser capaz de “marcar golo”, apesar de pontapear a bola com a parte interna do pé de forma automática. A dissociação era uma capacidade ausente com dificuldades em individualizar os membros superiores e inferiores para a planificação e execução motora dos vários gestos intencionais sequencializados, verificando-se na avaliação final melhorias significativas, sendo capaz de concretizar cada sequência motora (simples) com sucesso, após demonstração, mantendo a atenção e retendo a informação visual e auditiva. No saltar no mesmo sitio - ambos os lados alternadamente, a A. apresentou dificuldades, mas na

avaliação final já foi capaz de realizar a tarefa, não sendo no entanto capaz de alternar os braços e as pernas de lados contrários. A agilidade foi uma tarefa que a A. foi capaz de concretizar com total sucesso desde avaliação inicial, mostrando na avaliação final maior segurança e confiança.

A **Praxia Fina** é o fator com melhor cotação, observando-se um adequado planeamento micromotor e autocontrolo visuomotor, com a dextralidade bimanual e agilidade digital adquirida. A coordenação praxica do lápis foi a tarefa onde se observaram algumas dificuldades, na avaliação inicial, mostrando no entanto maior destreza, rapidez e precisão na concretização de cada cruz e ponto na avaliação final.

Segue-se apresentação do estudo de caso da Unidade Infantil – a criança N., seguindo a mesma ordem de apresentação.

2.2 Estudo de Caso da Unidade de Reabilitação Infantil.

A criança N. tem 2,9 anos de idade, apresenta o diagnóstico de AGD e frequenta o CRPS desde os 2 anos e 6 meses. As informações anamnésicas foram obtidas através de uma entrevista com a mãe e pela recolha de dados presentes no processo clínico da mesma.

A N. vive com o pai, a mãe e as duas irmãs (7 e 13 anos), todos de nacionalidade moçambicana. A mãe e o pai tem 31 e 36 anos de idade respetivamente, a mãe tem o 5.º ano concluído e é auxiliar da ação educativa e o pai tem o 7.º ano concluído e é segurança de uma empresa.

A mãe engravidou da N. quando tinha 28 anos, tendo sido uma gravidez planeada e muito desejada, sem complicações e com acompanhamento médico mensal. A N. nasceu com hipoxia e braquicardia, tendo ficado internada no hospital durante duas semanas. Aos 6 meses de idade a mãe começou a desconfiar de diferenças no desenvolvimento tendo levado, a criança, ao hospital, onde foi encaminhada para a fisioterapia. Nunca explicaram o diagnóstico, sabendo apenas que a N. tem “atrasos” nas aquisições desenvolvimentais talvez decorrentes das complicações durante o parto.

A N. para além dos desvios no seu desenvolvimento global tem também problemas a nível respiratório que dificultam o processo de alimentação. Apesar das necessidades específicas, a N. foi muito bem recebida pela família, as irmãs brincam com ela e os pais também aceitam plenamente a sua filha tal como ela é, apesar de a situação lhes causar algum sofrimento. Pela comunidade é sentida alguma discriminação, no entanto, a família não dá importância a esses comentários.

A N. frequentou sessões de fisioterapia desde os 7 meses de idade no Hospital Central de Maputo e a partir de junho de 2015 começou a frequentar as sessões de

fisioterapia no CRPS, e a partir de julho a frequentar diariamente o CRPS participando nas atividades desenvolvidas na Unidade Infantil. A mãe está muito satisfeita com a presença da N. no CRPS, e tem observado evoluções no seu desenvolvimento, referindo sobretudo que a alimentação é um aspeto muito positivo, dadas as dificuldade em dar uma alimentação adequada à filha. Os desejos da mãe é que a filha possa evoluir o máximo possível e que seja capaz de andar. A mãe refere que a N. é uma criança interativa, que gosta muito de brincar e de interagir com o outro, não referindo nenhum ponto menos positivo. Refere também que a N. gosta de locais movimentados e gosta muito de passear.

Seguidamente será apresentado o perfil-intraindividual da criança N., os objetivos de intervenção e avaliação final dos resultados, tal como no caso anterior.

2.2.1 Perfil-Intraindividual e Objetivos de Intervenção e Avaliação Final dos Resultados.

Tendo em conta os resultados obtidos na avaliação inicial, estabeleceu-se o perfil intra-individual da N. (tabela 7), e os objetivos a trabalhar na IPM (tabela 8), tendo em consideração as expectativas, interesses e preferências da criança e dos familiares. Ainda na tabela 8 é possível confrontar os objetivos previamente definidos com os resultados da avaliação final e compreender se os mesmos foram alcançados, parcialmente alcançados ou não alcançados.

Após a construção do perfil-interindividual e da definição dos objetivos gerais e específicos para o processo de intervenção da criança N., definiu-se a concretização de duas sessões individuais por semana, podendo consultar-se um exemplar do plano destas sessões no anexo I.

Tabela 7- Perfil inter-individual da criança N.

Áreas Fortes	Áreas a Promover
Demonstração de conforto e satisfação nas mobilizações passivas e quando é alterada a sua posição (sentado; bípede);	Manutenção do controlo cervical e postural em diferentes posições (decúbito ventral; sentado; bípede) de forma autónoma;
Capacidade de apoiar algum peso sobre os membros inferiores na posição bípede;	Coordenação dinâmica dos movimentos voluntários;
Presença do padrão inicial de marcha;	Padrão de marcha completo;
Capacidade de controlo cervical em decúbito dorsal autonomamente;	Capacidades manipulativas;
Capacidade parcial de controlo cervical e postural quando tem algum apoio físico (humano ou material);	Capacidades de comunicação (e.g.: comunicar as suas necessidade; interagir com o outro);
Capacidade de preensão palmar;	Capacidades de exploração do envolvimento;
Capacidade de produção autónoma e espontânea de sons simples;	Consciencialização do eu e noção do corpo;
Capacidade de expressar as suas emoções básicas - conforto/satisfação (sorriso) e desconforto/irritação (choro);	Autonomia nas refeições (e.g.: agarrar a colher e levar à boca)
Manutenção da atenção e interesse em estímulos visuais e auditivos;	
Capacidade de reconhecer e reagir à presença e interação de alguém familiar;	
Interesse e reatividade à interação com o outro;	
Interesse na exploração do envolvimento;	

Tabela 8- Objetivos gerais e específicos para o processo de intervenção psicomotora e avaliação final dos resultados da criança N.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Avaliação Final de Resultados
Promover a Motricidade Global	Promover o desenvolvimento do tónus muscular;	Parcialmente Alcançado
	Estimular aquisição do controlo cervical e postural;	Parcialmente Alcançado
	Promover a mobilização do membro superior esquerdo;	Alcançado
	Desenvolver o controlo cervical e postural em diferentes posições (sentado; joelhos; bípede);	Parcialmente Alcançado
	Estimular a capacidade de mudar de posição o mais autonomamente possível (decúbito dorsal decúbito ventral e vice-versa; decúbito dorsal – sentado; sentado - bípede);	Parcialmente Alcançado
	Promover a coordenação dos movimentos dos membros;	Parcialmente Alcançado
	Promover a marcha o mais autonomamente possível;	Parcialmente Alcançado
Promover a Motricidade Fina	Desenvolver a capacidade de pontapear uma bola.	Alcançado
	Estimular a preensão palmar intencional nas duas mãos;	Alcançado
	Promover a transferência de um objeto de uma mão para a outra;	Parcialmente Alcançado
	Desenvolver a capacidade de lançamento do objeto;	Parcialmente Alcançado
	Desenvolver a preensão fina;	Alcançado
Promover a Capacidade e de Comunicação	Promover a capacidade de realizar uma garatuja;	Alcançado
	Estimular a imitação de sons simples;	Parcialmente Alcançado
	Promover a produção de sons de forma espontânea;	Alcançado
	Desenvolver a produção de sons com intencionalidade de comunicação.	Alcançado
Promover a Autonomia nas AVD	Estimular o agarrar na colher/copo e escova de dentes e levar à boca;	Alcançado
	Estimular a comunicação no que se refere às necessidades.	Alcançado
Promover a relação com o corpo e envolvimento	Promover a consciencialização do eu, noção do corpo e esquema corporal;	Alcançado
	Promover a organização dos referenciais espaço-temporais	Parcialmente Alcançado
	Promover a interação/relação com o outro (brincar);	Alcançado
	Promover a exploração do envolvimento.	Alcançado

Pela observação da tabela 8 verifica-se que a criança foi capaz de alcançar mais metas no seu desenvolvimento ao nível do domínio da comunicação, autonomia e interação com o envolvimento, sendo capaz de produzir sons espontaneamente, com intencionalidade de comunicar com o outro e de expressar as suas necessidades, sendo capaz com supervisão e ajuda parcial agarrar na colher, copo e escova dos dentes e levá-los à boca. A criança mostra ter noção do 'eu', identificando a sua imagem no espelho e cada uma das partes do mesmo, mostrando-se mais reativa ao seu envolvimento e interagindo mais sobre o mesmo.

Para além disso, ao nível da motricidade fina verificam-se também objetivos alcançados, sendo capaz de concretizar preensão palmar intencional com ambas as mãos bem como mobilização de ambos os membros, agarrando e largando objetos quando solicitado, realizando garatujas, utilizando o lápis com intencionalidade. Parcialmente foram alcançados quase todos os objetivos ao nível da motricidade global devido às significativas limitações motoras que a criança apresenta, precisando apenas de apoio físico parcial ou material nas transferências de posições e manutenção das mesmas, e não total como na avaliação inicial.

Tabela 9 - Apresentação dos resultados obtidos pela N. na avaliação psicomotora inicial e final

Domínio Motricidade Global Capacidade Posturais Passivas e Ativas	Av. Inicial	Av. Final
Em decúbito dorsal mantém a cabeça na linha média do corpo	4	4
Em decúbito dorsal roda a cabeça para os dois lados	4	4
Em decúbito dorsal levanta a cabeça a 45°	0	0
Em decúbito dorsal toca num brinquedo cruzando a linha média do corpo com ambos os membros superiores	1	2
Roda de decúbito dorsal para decúbito ventral e vice-versa	1	1
Em decúbito ventral levanta a cabeça na vertical	4	4
Em decúbito ventral apoia-se nos antebraços e eleva a cabeça	1	4
Tem controlo da cabeça quando é levantado pelos ombros da posição decúbito dorsal	0	1
Passa para a posição sentado a partir da posição decúbito dorsal	1	1
Mantém-se na posição sentado com controlo cervical e postural	1	3
Na posição sentado toca num brinquedo com os membros superiores direito e esquerdo	1	4
Da posição sentado passa para a posição de pé	1	2
Na posição de pé apoia algum peso nos membros inferiores	1	4
Domínio Motricidade Global Capacidades Locomotoras	Av. Inicial	Av. Final
Em decúbito ventral tenta arrastar-se ou gatinhar no colchão	0	1
Da posição decúbito ventral coloca-se na posição de joelhos	1	1
Na posição de pé observa-se a presença de reflexo da marcha	1	3
Na posição de pé eleva o pé direito e/ou o pé esquerdo	1	2
Na posição de pé dá 3 passos	1	2
Domínio Motricidade Fina Capacidades Manipulativas	Av. Inicial	Av. Final
Mobiliza o membro superior para tocar num objeto colocado na linha média do seu corpo	4	4
Agarra um objeto com preensão palmar	4	4
Agarra dois objetos um com cada mão	4	4
Transfere o objeto de uma mão para a outra	1	1
Atira o objeto ao chão	0	4
Coloca 3 pinos dentro de uma chávena	0	4
Constrói uma torre com 3 cubos	0	1
Rabisca um desenho	0	4
Comunicação e Linguagem	Av. Inicial	Av. Final
*Ri e grita durante uma brincadeira	4	4
*Imita sons	0	4
*Produz alguns sons de forma autónoma	4	4
*Reage e mostra quando está desconfortável	4	4
Domínio Perceção Visual e Auditiva Capacidades Visuais	Av. Inicial	Av. Final
*Segue um objeto que balança	4	4
*Segue um objeto com o olhar e a rotação lateral da cabeça	4	4
*Segue com o olhar pessoas em movimento	4	4
*Converge os olhos com aproximação do objeto	4	4
*Observa o objeto que cai e procura-o, olhando para o local onde caiu	4	4
*Procura o objeto escondido	4	4
*Procura com o olhar o local de onde vem o som	4	4
Domínio Perceção Visual e Auditiva Capacidades Auditivas	Av. Inicial	Av. Final
*Assusta-se com um ruído súbito	4	4
*Procura o som com o olhar	0	4
*Procura o som com movimentos da cabeça	4	4
*Reconhece o chamamento do seu nome	4	4
*Reconhece a voz da mãe	4	4
*Compreende o dizer "adeus"	4	4
Domínio Social Interação Social	Av. Inicial	Av. Final
*Sorri	4	4
*Responde ao tratamento carinhoso	4	4
*Reage (sorri/imite sons) à interação do outro com ele	4	4
*Reage à sua imagem no espelho	0	4
*Mostra irritação e desconforto	4	4
*Bate as palmas e acena Adeus	1	4
*Tenta interagir com o outro quando está próximo dele	0	4
*Reconhece pessoas familiares	4	4
Autonomia das AVD	Av. Inicial	Av. Final
*Mostra ter fome, sede e estar saciado	4	4
*Abre a boca ao sentir a colher	4	4
Agarra na colher e leva-a à boca	1	4
Agarra no copo e leva-o à boca	1	2
*Dá sinal (chora) quando está molhado ou com fezes	4	4
Agarra na escova de dentes e leva-a à boca	1	4
Explora objetos à sua volta	1	4
Tenta interagir com o outro quando está próximo dele	0	4

0=Não Faz; 1=Ajuda Física Total; 2=Ajuda Física Parcial; 3=Apoio a Recursos Materiais; e 4=Sem Ajuda |

* cotar apenas com '0' ou '4'

2.2.2 Apresentação dos Resultados.

Os resultados obtidos são apresentados de forma quantitativa (tabela 9 e figura 11) e completados com observações qualitativas, para a comparação do desempenho da criança nos dois momentos de avaliação (inicial e final).

Nas duas avaliações, a N. apresenta valores inferiores nos domínios da motricidade global e fina, verificando-se no entanto um aumento da pontuação obtida no momento final. Relativamente aos outros domínios, a Perceção Visual e Auditiva manteve-se com a cotação máxima nos dois momentos da avaliação, tendo a criança alcançado também a cotação máxima no domínio de Comunicação e Linguagem no momento de avaliação final e uma cotação próxima da máxima no domínio Social.

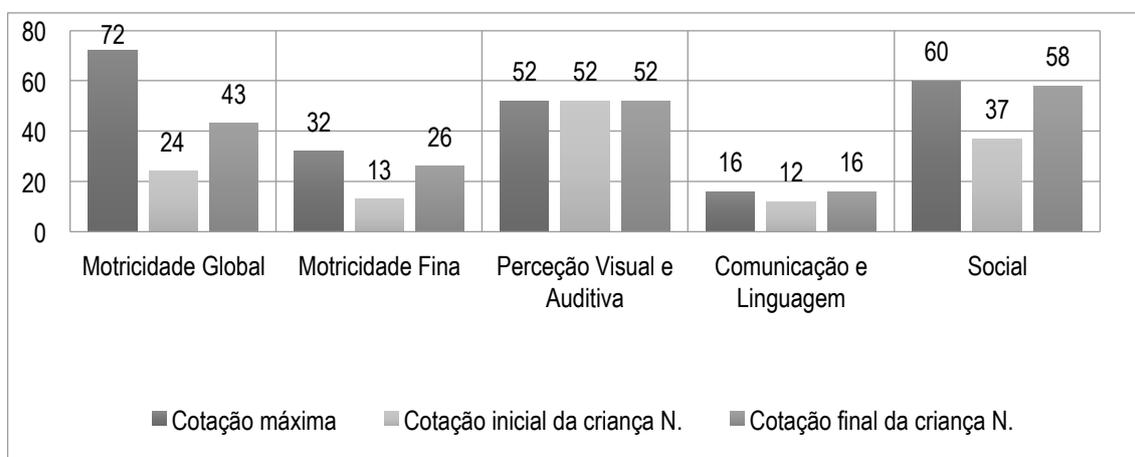


Figura 11 – Gráfico de comparação dos resultados obtidos pela N. em cada domínio psicomotor na avaliação psicomotora inicial e final com a cotação máxima de cada domínio

Nas duas avaliações, a N. apresenta valores inferiores nos domínios da motricidade global e fina, verificando-se no entanto um aumento da pontuação obtida no momento final. Relativamente aos outros domínios, a Perceção Visual e Auditiva manteve-se com a cotação máxima nos dois momentos da avaliação, tendo a criança alcançado também a cotação máxima no domínio de Comunicação e Linguagem no momento de avaliação final e uma cotação próxima da máxima no domínio Social.

Na **Motricidade Global**, a criança mostra ter controlo cervical em decúbito dorsal, não sendo no entanto capaz de elevar a cabeça a 45°, verificando-se na avaliação final um ligeiro controlo cervical quando elevada pelos ombros, elevando um pouco a sua cabeça, contudo continua a não atingir os 45°. O tocar num objeto em decúbito dorsal, cruzando a linha média do corpo com ambos os membros superiores, é uma tarefa que a criança realiza com esforço, verificando-se na avaliação inicial maior facilidade em tocar no objeto com o braço direito, no momento final a criança é capaz de mobilizar também o

membro esquerdo. Na transferência da posição decúbito dorsal para ventral e vice-versa, a criança necessitava de total apoio, verificando-se que na avaliação final com o estímulo auditivo, visual e apoio físico parcial a criança é capaz de concretizar esta transferência, observando-se algum esforço por parte da mesma.

Em decúbito ventral a criança apenas quando estimulada (estímulo auditivo) era capaz de elevar a sua cabeça na vertical ligeiramente, não se conseguindo apoiar nos antebraços, e na avaliação final verifica-se que assim que a criança é colocada em decúbito ventral tende a elevar a sua cabeça sem ser necessário um estímulo específico, sendo capaz de sustentar o seu peso sobre os antebraços, precisando de ajuda apenas para colocar os antebraços apoiados no colchão. Nas transferências de decúbito dorsal para a posição de sentada e desta para a posição bípede, verifica-se entre as avaliações, maior participação e esforço por parte da criança, apesar de não conseguir concretizar estas transferências autonomamente, denota maior controlo cervical, maior força abdominal e dos membros inferiores para a bipedia, sendo necessário um apoio ao nível dos membros superiores. Ao realizar a contagem '1, 2, 3', a criança é capaz de contrair os músculos dos membros inferiores para se elevar.

Na posição sentada, inicialmente, a N. apenas se conseguia manter, com total apoio físico, sendo, na avaliação final, capaz de se manter nesta posição apenas com apoio material, sendo capaz com total autonomia, nesta posição, de tocar e agarrar brinquedos com ambos os membros superiores (maiores dificuldades com o membro esquerdo), sendo algo que ela faz automaticamente quando algum objeto está ao seu alcance. Da posição sentada a criança passa para a posição de pé com apoio da estagiária ao nível dos membros superiores, apesar de se observar, na avaliação final, mais força com os membros inferiores, sendo apenas necessário a estagiária estabilizar a posição da criança, sendo a criança capaz de se sustentar durante mais tempo e com maior controlo postural. Em decúbito ventral a criança já é capaz de fletir os membros inferiores na tentativa de gatinhar, apesar das dificuldades no controlo cervical condicionarem o sucesso da tarefa. A criança necessita de total apoio para a transferência de decúbito ventral para a posição de joelhos, mantendo-se, com apoio parcial, mais tempo nesta posição na avaliação final. A N. com apoio parcial é capaz de se manter na posição vertical verificando-se o reflexo de marcha com menor cruzamento dos membros inferiores na avaliação final e com maior controlo cervical e postural.

Observa-se também um aumento na pontuação obtida entre os dois momentos de avaliação, ao nível da **Motricidade Fina**, verificando-se que as dificuldades nas capacidades manipulativas se devem em grande parte ao comprometimento motor do

membro superior. Nos dois momentos de avaliação existiram maiores dificuldades na mobilização do membro superior esquerdo. Em ambos os momentos a N. foi capaz de realizar preensão palmar com ambas as mãos, transferindo um objeto de uma mão para a outra com total apoio físico e na avaliação final a criança realiza a preensão palmar de forma mais automática e voluntária. Também na avaliação final a criança é já capaz de agarrar objetos pequenos, construir uma torre com cubos com apoio da estagiária e de realizar uma garatuja autonomamente, realizando a preensão palmar do lápis e dirigindo a mão para folha, tendo a noção da utilidade do lápis (a N. não realizava inicialmente estas tarefas). A criança é capaz de folhear um livro, com o membro superior direito.

A N. teve cotação máxima no domínio **Percepção Visual e Auditiva**, conseguindo, facilmente, manter a atenção e o interesse com estímulos visuais e auditivos, sendo uma criança muito atenta ao seu envolvimento. Concretiza a rotação lateral da cabeça para acompanhar um movimento no envolvimento ou um som, procurando o objeto no local onde ele caiu, tendo um grande interesse na brincadeira do “esconce-esconde”. Reconhece o seu nome, a voz da mãe/irmãs e o acenar “adeus”.

Na **Comunicação e Linguagem** verifica-se um aumento da pontuação obtida na avaliação final, uma vez que a criança é comunicativa, apesar da reduzida capacidade de produção de sons, rindo e gritando durante a brincadeira com entusiasmo, sendo possível ouvi-la de forma espontânea a produzir sons muito simples (para chamar atenção do outro) e na avaliação final é já possível observar que a criança tenta imitar sons concretizados pela estagiária. Sempre que está desconfortável reage e mostra ao outro a sua irritação através do choro.

Por último, no domínio **Social** verifica-se um aumento significativo da avaliação inicial para a final. A criança continua a ter um elevado nível de dependência nas AVD, no entanto com algumas dificuldades é já capaz de agarrar a colher, a escova dos dentes e o copo e lavar à sua boca, sendo sempre este momento uma grande satisfação para a N.. Desde o início da intervenção que a N. é uma criança muito alegre, sorri com facilidade quando se interage com ela, e também facilmente se mostra irritada através do choro. Tem um grande interesse em todo o seu envolvimento, estando atenta aos diferentes movimentos e estímulos detetados. Verifica-se uma evolução na capacidade de a criança interagir e explorar o seu envolvimento na avaliação final. No bater palmas a criança necessita ainda de total apoio para o concretizar, no entanto a N. já diz “adeus” (acenando) autonomamente, associando o movimento à palavra verbalizada. A criança facilmente reconhece os familiares (e.g: mãe, irmãs) mostrando uma reação de contentamento quando se encontra com eles e de descontentamento quando se afastam.

Seguidamente é apresentado o estudo de caso do grupo de crianças da Unidade.

2.3 Grupo de jovens/adultos da Unidade de Reabilitação de Adultos

Ao longo deste estágio, decidiu-se acompanhar, em estudo de caso, um grupo de 11 jovens/adultos com DID “ligeira e moderada” (classificação que consta nos processos individuais), da Unidade de Adultos (tabela 10), pelo que em seguida se apresenta o processo de intervenção. A A. (estudo de caso apresentado anteriormente) integrava este grupo e o F. foi pouco assíduo, tendo inclusive deixado de frequentar o Centro, não chegando a ser avaliado no final da intervenção. O grupo era muito heterogéneo, apesar do “mesmo diagnóstico de base”, pelo que todas as características foram consideradas. Todos os indivíduos revelaram elevado interesse na participação em atividades de grupo onde pudessem adquirir mais conhecimentos e novas aprendizagens, sobretudo se houvesse movimento corporal (uma mais valia das sessões de IPM), estando também recetivos à novidade e à vivência de novas experiências. Os indivíduos deste grupo participam noutras atividades do Centro, (e.g.: costura/bordados, reciclagem do papel, bijutaria, quinta pedagógica e jardinagem). Na intervenção psicomotora com o grupo foram desenvolvidas sessões de 60 min, no âmbito de AM (2x/sem), TE (1x/sem) e DPS (1x/sem).

Tabela 10 - Caracterização do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação de Adultos

Nome	Idade	Género	Diagnóstico
D.	13 anos	Feminino	DID moderada/apoio limitado
A.	14 anos	Feminino	Trissomia 21
Ar.	16 anos	Feminino	DID moderada/apoio limitado
M.	16 anos	Masculino	DID ligeira/apoio intermitente
E.	18 anos	Masculino	DID ligeira/apoio intermitente
Ed.	21 anos	Masculino	DID ligeira/apoio intermitente
G.	22 anos	Feminino	Trissomia 21
P.	24 anos	Masculino	DID moderada/apoio limitado
Al.	25 anos	Masculino	DID ligeira/apoio intermitente
N.	29 anos	Feminino	DID moderada/apoio limitado

2.3.1 Perfil do Grupo e Objetivos de Intervenção e Avaliação Final dos Resultados.

Tendo em conta os resultados obtidos na avaliação inicial, foi possível estabelecer o perfil do grupo (tabela 11), e os objetivos a serem trabalhados no processo de IPM (tabela 12),

confrontado-os com os resultados da avaliação final, de forma a compreender se os mesmos foram alcançados, parcialmente alcançados ou não alcançados.

Tabela 11- Perfil do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação de Adultos

Áreas Fortes	Áreas a Promover
Autonomia nas atividades diárias	Capacidade de relaxação passiva
Reconhecimento e utilização do dinheiro nas despesas diárias	Coordenação óculo-podal/manual e coordenação nos movimentos entre os membros inferiores e superiores
Capacidade de manter atenção para a compreensão da instrução e realização da tarefa	Identificação das partes do corpo e reconhecimento direita/esquerda no próprio e outro
Hábitos de trabalho essenciais à realização de tarefas no dia-a-dia	Estruturação espaço temporal
Responsabilidade pessoal e social	Equilíbrio estático e dinâmico
Estabelecimento de relações empáticas e iniciativas afetivas	Coordenação dinâmica manual e coordenação entre velocidade e precisão ao nível da praxia fina
Motivação e interesse na participação em atividades de grupo	Articulação do discurso, e expressão de emoções, sentimentos e pensamentos
Motivação e interesse para a participação em atividades lúdicas e que requerem maior disponibilidade motora	Competências cognitivas: leitura, escrita, tempo (horas, estações/meses do ano, dias de semana, data), reconhecimento números, formas geométricas e cores
Motivação e interesse em novas aprendizagens	

Tabela 12- Objetivos gerais e específicos para o processo de intervenção psicomotora e avaliação final dos resultados do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação de Adultos

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Avaliação Final de Resultados
Promover a organização do sistema psicomotor	Promover a eutonia;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Promover a capacidade de relaxação e descontração das diferentes partes do corpo;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico;	<i>Alcançado</i>
	Melhorar o reconhecimento, identificação e distinção das diferentes partes do corpo (e.g.: joelho, tornozelo, pulso, cotovelo, ombro) no próprio e no outro;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Melhorar o reconhecimento direita e esquerda no próprio e no outro;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Desenvolver a capacidade de cálculo das distâncias e ajustamentos dos planos motores para as percorrer;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Desenvolver a capacidade de memorização visual de sequências espaciais e reprodução motora de estruturas rítmicas;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Melhorar o reconhecimento das posições em relação ao envolvimento e aos outros e das relações espaciais;	<i>Alcançado</i>
	Melhorar a coordenação óculo-podal e óculo-manual;	<i>Alcançado</i>
	Desenvolver a capacidade de dissociação e coordenação entre os movimentos dos membros superiores e inferiores;	<i>Alcançado</i>
	Promover atividades preensivas e manipulativas mais finas e complexas;	<i>Alcançado</i>
Promover competências cognitivas	Desenvolver a identificação das letras do alfabeto, reconhecimento (leitura) de palavras e frases curtas escritas	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Promover a escrita do nome e outras palavras;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Desenvolver a capacidade de identificar e escrever os números;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Desenvolver o reconhecimento (leitura) de palavras e frases curtas escritas;	<i>Não Alcançado</i>
	Promover a capacidade de contagem e noção de quantidade;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Desenvolver a capacidade de concretizar operações matemáticas simples (somar e subtrair);	<i>Não Alcançado</i>
	Desenvolver a capacidade de saber ver as horas num relógio analógico;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Promover a identificação da data do dia atual, dos dias da semana, dos meses do ano e das estações do ano;	<i>Parcialmente Alcançado</i>
Melhorar a identificação e nomeação das figuras geométricas e das cores;	<i>Alcançado</i>	
Promover a comunicação e desenvolvimento da linguagem	Aumentar o vocabulário essencial para uma conversação;	<i>Alcançado</i>
	Promover a expressão verbal e não-verbal de emoções, sentimentos e pensamentos;	<i>Alcançado</i>
	Melhorar a articulação do discurso e o relato de acontecimentos.	<i>Alcançado</i>

Pela análise da tabela 12 verifica-se que os objetivos totalmente alcançados dizem respeito às tarefas de equilíbrio dinâmica e estática, com maior confiança e segurança mesmo de olhos fechados, nas tarefas de estruturação espaço temporal com maior manutenção da atenção e memorização, bem como ao nível da comunicação e linguagem sendo capazes de ter um discurso com mais vocabulário e pormenor no relato de eventos e imagens, bem como na expressão dos seus sentimentos, emoções e pensamentos, identificando cores e figuras geométricas. Verifica-se que parcialmente alcançados estão os objetivos de relaxação e descontração das diferentes partes do corpo, bem como a sua identificação e reconhecimento da direita/esquerda, bem como os objetivos relativos às capacidades cognitivas, onde os utentes são capazes de escrever e identificar o seu nome, mas não de ler frases simples, identificar os números mas com algumas dificuldades na escrita dos mesmos, não tendo sido alcançado o objetivo de concretização de operações matemáticas. Não são capazes de ver as horas num relógio analógico e com alguma dificuldade num relógio digital, ocorrendo também alguns erros na identificação da data do dia atual, dos dias da semana, os meses e as estações do ano. A apresentação dos resultados (tabela 13 e gráfico 6) não envolve os resultados da A. uma vez que os mesmos já foram apresentados no estudo de caso individual.

2.3.2 Apresentação dos Resultados

É então possível observar que em todos os domínios existe um aumento da pontuação entre os dois momentos de avaliação (figura 12), continuando a verificar-se que os domínios com valores mais inferiores são: *tonicidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global, desenvolvimento da linguagem e comunicação, números e tempo*. Pelo contrário verificam-se valores mais elevados em: *equilíbrio, praxia fina, autonomia, atividade económica, noção das figuras geométricas, noção das cores, atenção, hábitos de trabalho, responsabilidade e socialização*.

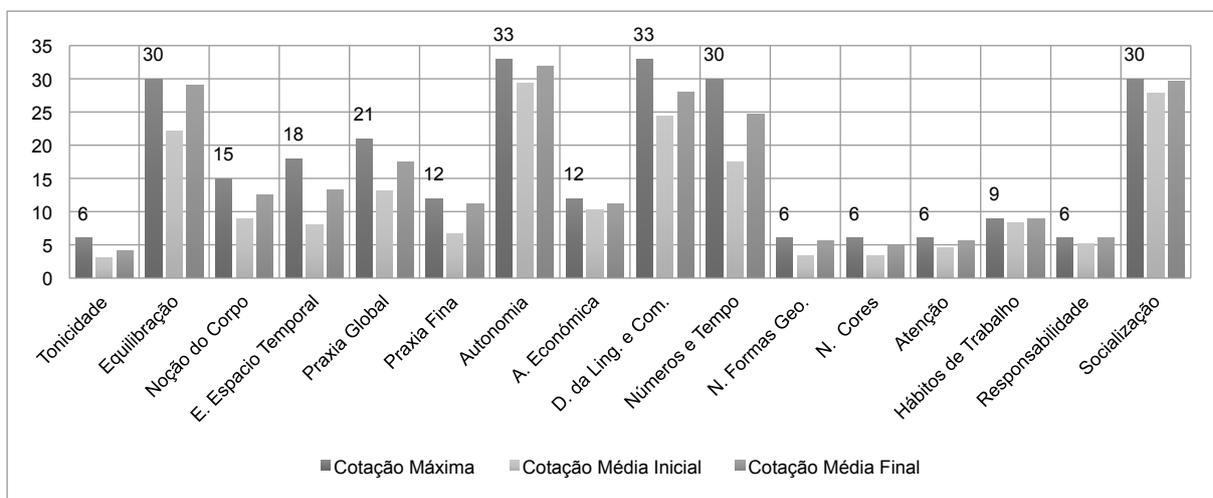


Figura 12 - Gráfico de comparação dos resultados obtidos pelo grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação de Adultos no instrumento "Domínios Psicomotores" na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio

Tabela 13 - Apresentação dos resultados obtidos pelo grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação de Adultos na avaliação psicomotora inicial e final

Domínio \ Utente	D.		Ar.		M.		E.		Ed.		G.		P.		Al.		N.		Cotação Média Inicial	Cotação Média final
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
Tonicidade (máx. 6)	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	5	3.11	4.11
Equilíbrio (máx. 30)	16	19	28	30	29	28	21	25	25	29	24	29	17	27	22	25	18	22	22.22	29.00
N. do Corpo (máx. 15)	10	12	10	12	9	11	9	14	11	15	7	11	8	10	8	14	9	14	9.00	12.56
E.Espaço Temporal (máx. 18)	4	9	10	15	10	13	9	17	9	12	6	15	6	10	9	13	9	15	8.00	13.22
Praxia Global (máx. 21)	10	15	15	19	10	17	15	17	12	19	15	19	11	19	21	17	9	15	13.11	17.44
Praxia Fina (máx. 12)	4	10	7	10	8	12	6	11	9	12	6	11	6	12	8	12	6	11	6.67	11.22
Autonomia (máx. 33)	20	29	31	33	30	32	33	33	31	32	31	33	31	31	29	31	28	33	29.33	31.88
At. Económica (máx. 12)	4	10	10	12	12	12	12	12	12	12	7	9	12	12	12	12	12	10	10.33	11.22
D. Ling. e Com. (máx. 33)	20	28	27	29	25	28	27	28	26	29	24	27	22	25	21	29	27	29	24.33	28.00
Números e Tempo (máx. 30)	15	25	21	28	15	25	23	23	21	28	14	23	14	22	16	23	18	25	17.44	24.67
N. Formas Geo. (máx. 6)	2	6	4	6	4	6	2	6	4	6	4	4	2	4	4	6	4	6	3.33	5.56
Noção das Cores (máx. 6)	2	6	4	6	4	4	4	4	4	6	2	4	2	4	4	6	4	4	3.33	4.89
Atenção (máx. 6)	4	6	6	6	5	5	5	5	4	6	4	6	4	6	4	4	5	6	4.56	5.55
Hábitos de Trabalho (máx. 9)	4	9	9	9	9	9	9	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9	8.33	9.00
Responsabilidade (máx. 6)	4	6	6	6	5	6	6	6	6	6	4	6	3	6	6	6	6	6	5.11	6.00
Socialização (máx. 30)	22	29	30	30	30	30	30	30	30	30	22	30	28	30	28	28	30	30	27.78	29.67

Na **Tonicidade** verifica-se nos dois momentos, dificuldade em aceder à passividade e à descontração voluntária (paratonia), apesar da diminuição dos bloqueios e da tensão, e um aumento dos movimentos passivos e pendulares dos membros na avaliação final. Verifica-se uma diminuição do desequilíbrio entre hiper e hipotonicidade.

A **Equilíbrio** é um dos domínios onde se verifica um aumento significativo da pontuação obtida entre os dois momentos, tendo sido visível a melhoria do desempenho neste domínio. Ao contrário do momento inicial, no geral os utentes na avaliação final foram capazes de concretizar as tarefas com os olhos fechados, mostrando-se confortáveis e seguros nas mesmas. Na avaliação final continuam a verificar-se algumas dificuldades no equilíbrio estático e dinâmico em apoio unipodal, com melhor

desempenho na tarefa de andar com os pés alinhados verticalmente, no apoio com as pontas dos pés e nos saltos a pés juntos, sendo capazes de saltar com maior amplitude e maior coordenação na aterragem dos dois pés no solo. Quanto ao salto vertical, no geral, os utentes continuaram a ter um bom desempenho. Os utentes na avaliação final apresentam a **Lateralização** bem definida, utilizando sempre o mesmo lado do corpo para concretizar as tarefas solicitadas, ao contrário da avaliação inicial.

Na **Noção do Corpo** os utentes souberam identificar as partes do corpo que tinham dificuldades em identificar na avaliação inicial (e.g.: tornozelo, joelho, cotovelo, pulso e ombros) no próprio, no outro e na imagem. As dificuldades ainda existentes passa pelo reconhecimento direita-esquerda no próprio e no outro. Quanto ao desenho da figura humana, continua a verificar-se nos dois momentos alguma diversidade no desempenho: alguns utentes apresentam bem definidos os segmentos corporais proporcionais mas com poucos pormenores, e outros apesar de não apresentarem todos os segmentos corporais assinalam vários pormenores. Verifica-se sobretudo diferenças nas expressões faciais dos desenhos, observando-se expressões de maior felicidade e a utilização de mais cores.

A **Estruturação Espaço Temporal** é um fator onde se observa um aumento significativo dos valores obtidos entre os dois momentos de avaliação. Após a intervenção, todos os utentes foram capazes de contar corretamente os passos dados na tarefa de organização e alguns utentes (M.; N.; Ar.; Al.) foram capazes de ajustar o planeamento motor com mais ou menos passos. Verificaram-se melhorias significativas no desempenho geral dos utentes na avaliação final da estruturação dinâmica, sendo capazes de reproduzir a estrutura de fósforos mais simples após a sua visualização, sem necessitarem da permanência visual da estrutura. Relativamente à estruturação rítmica verificaram-se algumas melhorias no desempenho da reprodução das sequências rítmicas na avaliação final, apesar de ser uma tarefa difícil, com especial destaque para a compreensão das diferentes forças aplicadas e o número de batimentos. Na identificação das relações espaciais entre si e o envolvimento, com os outros e entre objetos, verificaram-se melhorias significativas na avaliação final, identificando-se corretamente essas relações, apesar de dificuldades na identificação correta entre direita/esquerda.

Na **Praxia Global** continuam a verificar-se dificuldades no drible da bola, ao contrário do lançar e agarrar a bola, verificando-se na avaliação final melhorias na organização do planeamento motor nas duas tarefas. Na coordenação oculopodal verifica-se também melhor desempenho no controlo da bola ao contornar os pinos, realizando o pontapear da bola com mais segurança e coordenação. Quanto à

dissociação observa-se na avaliação final maior capacidade de atenção à instrução e à concretização da tarefa, sendo capazes de reproduzir com maior sucesso as sequências motoras com os membros inferiores e superiores. No saltar no mesmo sítio os utentes na avaliação final continuam a mostrar dificuldades na coordenação entre os membros inferiores e superiores. A agilidade foi concretizada com sucesso na avaliação final.

No último fator **Praxia Fina**, na avaliação final, a maioria dos utentes realiza a preensão de pequenos objetos, tal como inicialmente, verificando-se melhoria na coordenação dinâmica manual, construindo a pulseira de clips mais rápido e com maior destreza, observando-se situação idêntica na tarefa dos pontos e cruzeiros (mais e mais rápido), verificando-se melhor coordenação entre a precisão e a velocidade na coordenação praxica do lápis e na coordenação visuográfica.

Os utentes no geral obtiveram a pontuação máxima na **Autonomia**, dado a sua importância e estimulação no Centro e em casa, e a **Atividade Económica** é um domínio com uma boa cotação, dado a maioria se deslocar para o Centro de transportes públicos de forma autónoma, exigindo o reconhecimento e a utilização do dinheiro, sendo capazes de realizar pequenas compras sempre que necessário.

No **Desenvolvimento da Linguagem e Comunicação** verificam-se melhorias, uma vez que a maioria dos utentes já é capaz de reconhecer o seu nome escrito e escrevê-lo, mostrando maiores capacidades de relato de acontecimentos, com utilização de maior vocabulário e apresentação de mais pormenores, mostrando-se mais capazes de organizar e expressar pensamentos, emoções e sentimentos.

No domínio **Números e Tempo** na avaliação final todos os utentes são capazes de contar corretamente dez ou mais objetos, verificando-se que no geral são também capazes de reconhecer quase todos os números escritos de um a dez. Verifica-se que na avaliação final (ao contrário da inicial) todos os utentes são já capazes de identificar a data, os dias de semana, os meses e as estações do ano, apesar de algumas dificuldades em dizer as horas mesmo num relógio digital. Na avaliação final, os utentes foram capazes de identificar corretamente a sua idade e a sua data de nascimento. De referir que na avaliação final nenhum utente foi capaz de concretizar operações matemáticas (e.g.: adição e subtração), não tendo havido o tempo suficiente para os utentes desenvolverem essa competência. No âmbito da **Noção das Figuras Geométricas e Cores** na avaliação final verifica-se que os utentes identificam e nomeiam todas as formas e cores, mostrando ter um conhecimento mais consolidado, em relação à avaliação inicial, onde se observavam trocas de alguns nomes ou até mesmo a não identificação da forma geométrica ou da cor.

Quanto à **Atenção** sobre a instrução e a concretização da tarefa, observa-se maior capacidade da sua manutenção na avaliação final, tendo este ponto um forte impacto sobre a concretização de todas as outras tarefas. Quanto aos **Hábitos de Trabalho**, os utentes no geral são assíduos, pontuais e responsáveis pelo trabalho a realizar, não necessitando de constante supervisão. Todos têm a noção da responsabilidade pessoal e social; apenas de notar que alguns utentes têm tendência de “roubar”, sendo este comportamento trabalhado no Centro.

Finalmente na **Socialização** os utentes obtiveram uma cotação elevada, estabelecendo relações empáticas, tendo e respondendo a iniciativas afetivas, reconhecendo o outro, dominando as regras básicas de socialização. De referir que ao longo do processo de intervenção se foi observando que os utentes foram fortalecendo as suas relações interpessoais verificando-se que realmente se formou um grupo de utentes e ao mesmo tempo um grupo de amigos.

Segue-se a apresentação do grupo de estudo de caso da Unidade Infantil, onde a N. se integrava.

2.4 Grupo de crianças da Unidade de Reabilitação Infantil.

O grupo de crianças com PC (tabela 14) que participaram nas sessões de IP, era inicialmente constituído por 8 crianças entre os 3 e os 9 anos, mas a meio do processo de intervenção uma criança deixou de frequentar o Centro, pelo que o grupo passou a ser constituído por 6 crianças, estando também presente a N. O diagnóstico predominante era de Quadriplegia Espástica, no entanto era um grupo muito heterogéneo. As crianças têm um elevado grau de dependência, sem autonomia nas AVD e sem mobilidade, apesar de interagirem com o seu meio envolvente quando estimuladas, através de comunicação não-verbal. A IPM foi desenvolvida em sessões de 60 min, de PDP (2x/semana), TE/APP (2x/semana).

Tabela 14 - Caraterização do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação Infantil

Nome	Idade	Género	Diagnóstico
N.	3 anos	Feminino	AGD
Lu.	4 anos	Feminino	PC - Quadriplegia espástica; Microcefalia
L.	4 anos	Masculino	PC - Quadriplegia espástica; Microcefalia; Epilepsia
Y.	4 anos	Masculino	PC - Quadriplegia espástica; Epilepsia
P.	5 anos	Masculino	PC - Quadriplegia espástica
E.	6 anos	Feminino	PC - Quadriplegia espástica; Microcefalia
F.	9 anos	Feminino	PC - Quadriplegia espástica

Seguidamente será apresentado o perfil do grupo e os objetivos de intervenção, tendo estes pontos sido construídos na base dos resultados da avaliação inicial, que são apresentados posteriormente em comparação com os resultados da avaliação final.

2.4.1 Perfil do Grupo e Objetivos de Intervenção e Avaliação Final dos Resultados.

Foi estabelecido o perfil do grupo (tabela 15), bem como os objetivos gerais e específicos a desenvolver nas sessões de IPM confrontando com os resultados da avaliação final (tabela 16).

Tabela 15 - Perfil do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação Infantil

Áreas Fortes	Áreas a Promover
Demonstração de conforto e satisfação nas mobilizações passivas e quando é alterada a sua posição (sentado; bípede);	Controlo cervical e postural em diferentes posições (decúbito ventral; sentado; bípede);
Capacidade de controlo cervical em decúbito dorsal;	Coordenação dinâmica dos movimentos voluntários;
Presença do reflexo da marcha;	Equilíbrio entre o estado hipo e hipertónico;
Capacidade de preensão palmar;	Padrão de marcha;
Capacidade de produção autónoma e espontânea de sons simples;	Capacidades manipulativas;
Capacidade de expressar as emoções básicas - conforto/satisfação (sorriso) e desconforto/irritação (choro);	Capacidades de comunicação (e.g.: comunicar as necessidades; interagir com o outro);
Manutenção da atenção e interesse em estímulos visuais e auditivos;	Capacidades de exploração do envolvimento;
Capacidade de reconhecer e reagir à presença e interação de alguém familiar;	Consciencialização do eu e noção do corpo.
Interesse na interação com o outro.	Autonomia nas refeições.

Tabela 16 - Objetivos gerais e específicos para o processo de intervenção psicomotora e avaliação final dos resultados do grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação Infantil

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Avaliação Final de Resultados
Promover a Motricidade Global	Promover a eutonia e reduzir a espasticidade	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Promover o desenvolvimento do tônus muscular	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Estimular aquisição do controlo cervical e postural e em diferentes posições (sentado; joelhos; bípede)	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Promover a mobilização intencional dos membros superiores	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Estimular a capacidade de mudar de posição o mais autonomamente possível (decúbito dorsal-ventral e vice-versa; decúbito dorsal-sentado; sentado-bípede)	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Promover a coordenação dos movimentos dos membros superiores e inferiores	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Estimular o padrão de marcha	<i>Parcialmente Alcançado</i>
Promover a Motricidade Fina	Promover a preensão palmar intencional nas duas mãos	<i>Alcançado</i>
	Promover a capacidade de transferência de um objeto de uma mão para a outra	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Desenvolver a capacidade de lançamento do objeto e da preensão fina	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Promover a capacidade de realizar uma garatuja	<i>Alcançado</i>
Promover comunicação	Promover a imitação de sons simples	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Promover a produção de sons de forma espontânea	<i>Alcançado</i>
	Desenvolver a produção de sons com intencionalidade	<i>Parcialmente Alcançado</i>
Promover Autonomia nas AVD	Estimular agarrar na colher, copo e escova de dentes e levar à boca	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Promover a capacidade de comunicar de forma explícita as suas necessidades	<i>Parcialmente Alcançado</i>
Promover a relação com o seu corpo e com o envolvimento	Promover a consciencialização do eu, noção do corpo e esquema corporal	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Promover a organização dos referenciais espaciais e temporais	<i>Parcialmente Alcançado</i>
	Estimular a exploração do envolvimento	<i>Alcançado</i>
	Estimular a interação com o outro	<i>Alcançado</i>

Pela observação da tabela 16 verifica-se que as crianças alcançaram o objetivo de concretização de preensão palmar intencional com ambas as mãos, sendo algumas crianças capazes de agarrar e largar o objeto quando solicitado, sendo capazes também com apoio físico parcial de concretizar uma garatuja, ao mesmo tempo que quase todas as crianças são capazes de produzir sons espontaneamente como forma de comunicação. No geral as crianças estão mais reativas ao seu envolvimento e à sua exploração, bem como à interação com o outro. Quanto aos outros objetivos sobretudo ao nível da motricidade global verifica-se que ficaram um pouco comprometidos devido às limitações físicas signitivas de cada criança, verificando-se que as transferências de posições e manutenção das mesmas na avaliação final são conseguidas com menor apoio físico ou até mesmo só com apoio de material, havendo maior controlo cervical e postural em cada posição. Também relativamente à autonomia nas AVD no geral as crianças são capazes de agarrar a colher, o copo e a escova dos dentes com menor apoio físico, sendo algumas crianças capazes de a concretizar com total autonomia levando cada objeto à boca, sendo capazes de com maior intencionalidade comunicar as suas necessidades e produzir sons de forma espontânea. Algumas crianças são também capazes na avaliação final de ter maior noção do 'eu' reconhecendo a sua imagem no espelho e identificando algumas partes do corpo quando verbalizadas.

Seguidamente será feita a apresentação dos resultados da avaliação psicomotora fazendo-se essa apresentação em comparação com o momento inicial e final de avaliação, dando-se espaço para uma descrição quantitativa e qualitativa dos mesmos. De referir que na apresentação dos resultados não se incluiu os resultados da criança N. uma vez que ela constituiu o estudo de caso individual e os seus resultados foram já apresentados de forma individual anteriormente.

2.4.2 Apresentação dos Resultados.

Os resultados obtidos são apresentados quer de forma quantitativa (tabela 17 e figura 13) e qualitativa, com descrição mais detalhada do desempenho geral das crianças do grupo de intervenção.

É possível observar que o grupo apresenta valores inferiores à cotação máxima em todos os domínios, nos dois momentos de avaliação, verificando-se no entanto um aumento da cotação de todos os domínios entre o momento inicial e final de avaliação. Os valores inferiores em relação à cotação máxima são sobretudo visíveis nos seguintes domínios: Motricidade Global e Fina e Social. No que diz respeito aos domínios da Perceção Visual e Auditiva e Comunicação e Linguagem verifica-se que o grupo obtém mais de metade da cotação máxima, aproximando-se mais desta na avaliação final.

Tabela 17 - Apresentação dos resultados obtidos pelo grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação Infantil na avaliação psicomotora inicial e final

Domínio	Criança												Cotação Média Inicial	Cotação Média Final
	Lu.		L.		Y.		P.		E.		F.			
Motricidade Global (máx. 72)	24	38	7	17	19	22	34	54	10	19	21	44	19,17	32,33
Motricidade Fina (máx. 32)	5	13	2	4	0	6	15	28	4	6	5	13	5,17	11,66
Perceção Visual e Auditiva (máx. 52)	36	52	8	32	16	24	48	48	24	36	40	48	28,67	40,00
Comunicação e Linguagem (máx. 16)	8	12	4	12	4	8	12	16	4	8	16	12	8,00	11,33
Social (máx. 60)	36	46	14	29	8	29	47	58	32	34	44	49	30,17	40,83

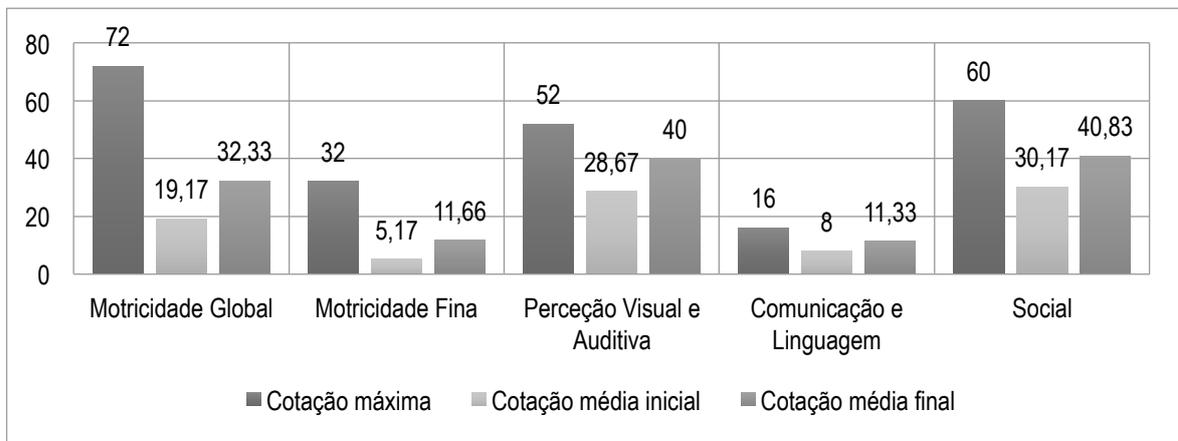


Figura 13 - Gráfico de Comparação dos resultados obtidos pelo grupo em intervenção da Unidade de Reabilitação Infantil em cada domínio psicomotor na avaliação inicial e final com a cotação máxima de cada domínio

A **Motricidade Global** divide-se em capacidades posturais passivas/ativas e locomotoras (e.g.: deslocação), estando as dificuldades presentes em ambas as componentes. As capacidades posturais passivas e ativas estão comprometidas devido à dificuldade no controlo cervical e postural, ainda não totalmente adquirida na maioria das crianças e que coloca em causa a aquisição da posição de sentado ou bípede. De referir que no momento final de avaliação praticamente todas as crianças em decúbito ventral foram capazes de ter controlo cervical e elevar a cabeça. Verifica-se também na avaliação final que as crianças são capazes de permanecer na posição sentadas apenas com apoio de material, sendo visivelmente maior controlo cervical e postural. Aquisição tanto da posição sentada como da posição bípede estão também comprometidas devido à presença de escolioses, lordoses, fraqueza muscular e dificuldade na extensão dos membros inferiores pela maioria das crianças do grupo. É possível referir que no geral todas as crianças são capazes de mobilizar a sua cabeça lateralmente seguindo objetos, bem como tocar nos mesmos. Relativamente à transferência de decúbito dorsal para ventral, e vice-versa, nos dois momentos de avaliação as crianças só a conseguem

realizar com total apoio físico, o mesmo acontece na transferência da posição sentada para a posição bipede, sendo no entanto visível maior esforço muscular nos membros inferiores por algumas crianças (F.; P.). Relativamente às capacidades locomotoras, nenhuma criança consegue concretizar autonomamente, verificando-se no entanto por parte de algumas crianças (F.; P.) na avaliação final, tentativa de se arrastar sobre o colchão em decúbito ventral e maior coordenação nos passos a dar na posição bipede com total apoio físico. No final do processo de intervenção nenhuma criança se desloca autonomamente, no entanto algumas crianças (F.; P.) continuam com o reflexo de marcha quando colocadas na posição bípede com o apoio físico total, sendo capazes de apoiar mais peso sobre os membros inferiores.

Na **Motricidade Fina** verifica-se que ao contrário da avaliação inicial todas as crianças são capazes de tocar num objeto colocado na linha média do seu corpo, bem como agarrá-lo com preensão palmar. A criança P. com total autonomia é inclusive capaz de agarrar dois objetos, um com cada mão, o mesmo não acontece com as outras crianças, apenas com ajuda física parcial. Também a transferência de um objeto de uma mão para a outra, apenas é possível com apoio físico total para todas as crianças, bem como a construção de uma torre com 3 cubos. Na tarefa de atirar um objeto ao chão, nenhuma criança consegue realizar com total sucesso, no entanto a criança F. e P. quando lhe é dito para largar o objeto que tem na mão, são os dois capazes de concretizar na avaliação final, sendo também capazes de colocar 3 pinos dentro de uma chávena com autonomia. Quanto ao rabiscar um desenho o P. é capaz de concretizar esta tarefa com total autonomia na avaliação final, ao contrário da avaliação inicial, também a criança F. é capaz de concretizar essa tarefa com apoio físico parcial na avaliação final, todas as outras crianças com apoio físico total são capazes de concretizar o rabisco de desenho, ao mesmo tempo que por instantes observam o que estão a construir, algo que não acontecia na avaliação inicial.

O domínio da **Perceção Visual e Auditiva** é um dos domínios que obtém melhor cotação em ambos os momentos de avaliação: as crianças observam o seu envolvimento, seguindo com o olhar os estímulos visuais (e.g.: objetos e pessoas) e auditivos (e.g.: bater palmas), acompanhando com movimentos laterais da cabeça, autonomamente na posição de decúbito dorsal e com apoio físico parcial ou apenas apoio de material na posição sentado. Na avaliação final verifica-se que a criança F. e P. têm maior noção sobre a permanência do objeto rindo-se à gargalhada quando este é escondido, procurando-o, o mesmo não acontecia na avaliação inicial. As crianças são também capazes de manter a sua atenção sobre um estímulo auditivo procurando-o e

seguindo-o com o olhar e com a cabeça (tal como com os estímulos visuais). De forma mais clara é possível compreender que na avaliação final todas as crianças reconhecem o seu nome e a voz da sua mãe, bem como o dizer “adeus”.

A **Comunicação e Linguagem** é, igualmente, um domínio com cotação positiva nos dois momentos de avaliação: a maioria das crianças sorri e ri de forma espontânea e motivante durante uma brincadeira, estando esta reação presente em todas as crianças na avaliação final, algo que foi evoluindo ao longo do processo de intervenção, sobretudo observada uma maior evolução na criança E. e L, que pouco ou nada reagiam ao envolvimento na avaliação inicial. Algumas crianças são capazes de imitar sons muito simples (F.; P.), sendo possível observar em algumas, a produção de sons de forma autónoma e espontânea (e.g.: F., Lu.; P.), com maior frequência na avaliação final. Todas as crianças reagem e mostram desconforto através do choro desde avaliação inicial. Nas crianças onde não é tão frequente o sorriso ou a gargalhada durante uma brincadeira ou interação com o outro, é possível observar o seu conforto e satisfação em determinadas situações (e.g.: atividades musicais; durante a refeição; momentos de interação com o outro), através do seu tónus relaxado e através das suas expressões faciais.

Por último, o domínio **Social** é um domínio com uma cotação reduzida nos dois momentos de avaliação, mas com um aumento significativo do momento inicial para o momento final. A diferença significativa que se observa neste domínio entre os dois momentos de avaliação é a autonomia nas AVD, observando-se e.g. que a criança P. é capaz de agarrar a colher, a escova dos dentes e o copo com autonomia e levar até à sua boca, sendo a criança F. e Lu. também capazes com apoio físico parcial. Na avaliação final verifica-se que todas as crianças sorriem mais e respondem mais ao tratamento carinhoso, mostrando-se mais reativas e interessadas na interação com o outro. À execução da criança L. e E. todas as outras reagem muito à sua imagem no espelho na avaliação final ao contrário da avaliação inicial, sendo este um momento de grande satisfação para as crianças. Na avaliação final nenhuma criança é capaz de bater palmas totalmente sozinha, mas todas são capazes de concretizar com total apoio físico, sendo visível em todas um sorriso quando este movimento é concretizado. Todas as crianças mostram irritação quando estão desconfortáveis (choro), dando sinal de desconforto ou satisfação e quase todas reconhecem os seus familiares (mãe/avó/irmãos), com maior interesse e atenção dada ao envolvimento na avaliação final em todas as crianças.

2.5 Reflexão dos Estudos de Caso.

Relativamente à utente A., mostrou-se sempre muito motivada para aprender e concretizar tarefas novas, não se tendo sentido barreiras à sua adesão ao processo de intervenção, tendo no entanto alguma noção das suas limitações, o que por vezes criou sentimentos de frustração. Os progressos observados na utente foi sobretudo ao nível das competências académicas, que consequentemente provocou na utente um aumento da sua auto-estima e uma maior valorização pessoal, que não guarda para si mas que coloca em prática também na ajuda ao outro, sobretudo nas sessões de grupo. Associado aos progressos a nível académico identifica-se também maior capacidade de manutenção da sua atenção e maior capacidade de memória, que tem também impacto nas sessões de grupo, onde houve aumento da sua participação ativa e envolvimento em cada tarefa, até como líder do grupo. Tendo em conta a idade escolar da utente priorizou-se as competências académicas, sendo no entanto necessário mais tempo para outras aquisições também essenciais no seu dia-a-dia.

Quanto à criança N., esta manteve-se sempre muito reativa e interactiva com o seu envolvimento, tornando-se uma criança mais expressiva e mais atenta ao mesmo, reconhecendo todos os colegas e auxiliares pelo seu nome e sendo capaz de manter durante mais tempo a sua atenção sobre uma tarefa. Observam-se progressos significativos ao nível da autonomia, é capaz de agarrar a colher, o copo e a escova dos dentes levando-os à sua boca com supervisão de um adulto; reconhece as partes do corpo mais simples (boca; nariz; olhos; cabeça; orelhas; pernas; braços; mão; pé); tem maior controlo cervical e postural em diferentes posições (sentada; bípede), necessitando de menos apoio para as manter com equilíbrio; é capaz de agarrar no lápis e realizar uma garatuja e agarrar em pequenos objetos e largá-los quando solicitado. No essencial do seu desenvolvimento a estagiária foi sentindo que a criança estava feliz e com muita motivação de fazer sempre mais, compreendendo cada passo dado no envolvimento.

Relativamente ao grupo de jovens/adultos, os utentes foram sendo capazes de aumentar a manutenção da sua atenção sobre a tarefa, observando-se uma crescente motivação, envolvimento e participação ativa nas atividades, tendo este progresso impacto sobre as tarefas do dia-a-dia. Os utentes foram fortalecendo os laços de amizade, criando-se um grupo de amigos, estando presente o sentimento de responsabilidade uns pelos outros e pelo próprio grupo. Para além disso a nível psicomotor verificou-se maior segurança, confiança e destreza na concretização de diferentes tarefas, bem como ao nível de competências académicas sendo quase todos os utentes capazes de identificar e escrever o seu nome, dizer e escrever corretamente a

sua idade, identificar quase todas as letras do alfabeto, bem como os números. Identificou-se um aumento da resistência aeróbia, melhor desempenho em tarefas de equilíbrio e coordenação motora, bem como no reconhecimento das diferentes partes do corpo no próprio e no outro. Ao longo do processo de intervenção cada utente sentiu-se útil e valorizado, sendo esses sentimentos essenciais para uma participação ativa sobre a sua vida.

Quanto ao estudo de caso do grupo de crianças a maior diferença sentida no desenvolvimento psicomotor é uma maior reatividade e interação com o envolvimento. Em termos de desenvolvimento motor, não se observam progressos significativos, devido às consideráveis limitações físicas, já ao nível da motricidade fina, quase todas as crianças mostraram ser capazes de agarrar objetos com preensão palmar (e.g. lápis; colher; escova dos dentes), sendo capazes de fazer garatuja e encaixe de objetos. No final do processo de intervenção observa-se que as crianças estão mais reativas ao seu envolvimento e aos estímulos externos, sorriem mais, produzem mais sons e gargalhadas, interagem e mantêm o contacto visual com outro, mantêm maior atenção sobre uma tarefa e todas reagem ao chamamento do seu nome. De referir que com este grupo foram essenciais as sessões com a participação dos cuidadores informais, tendo as atividades outro impacto nas crianças, sendo assim possível continuar o processo de reabilitação em casa. No geral é visível a felicidade, a segurança e o conforto que as crianças sentem em cada sessão e enquanto estão no CRPS.

2.4 Dificuldades e Limitações

Tendo o estágio sido concretizado num contexto cultural diferente, onde a pessoa com 'deficiência' pouca ou nenhuma dignidade tem, acarreta dificuldades e limitações, para além daquelas que são expectáveis num recém licenciado a iniciar a sua prática profissional.

A concretização do estágio numa cultura diferente traz sempre algumas dificuldades e limitações, sobretudo devido à forma como a pessoa com deficiência é tida em conta e as abordagens que se criam a partir desse pensamento. Depara-se com formas diferentes de trabalhar, com diferentes abordagens de intervenção e diferentes formas de comunicação e relação humana. A partir do momento em que estas barreiras vão sendo ultrapassadas, todas estas diferenças são uma mais valia para o crescimento pessoal e profissional do estagiário, chegando à conclusão que a linguagem dos afetos é universal e faz a diferença em qualquer cultura.

Pode dizer-se que a primeira dificuldade ou limitação sentida foi a insegurança relativa à falta de conhecimento e experiência prática em relação à IPM com a população-alvo da Unidade de Reabilitação Infantil, acrescentando a ausência de um profissional da área que pudesse orientar a intervenção da estagiária e sobre o qual pudesse dar continuidade ao trabalho já realizado. Neste sentido todo o trabalho foi concretizado com grande autonomia por parte da estagiária, partindo da leitura e estudo sobre a população-alvo e a respetiva IPM já concretizada noutros contextos. Para além disso acrescenta-se ainda a intuição, a criatividade e a estratégia de tentativa-erro, estando presente em cada sessão a descoberta de uma reação, um progresso e a necessidade da constante adaptação e readaptação das diferentes atividades desenvolvidas, partindo do princípio de que a resposta para as questões: para quê?; porquê?; como?; qual o sentido? – seria sempre o bem-estar, a felicidade e o crescimento digno de cada criança e cada jovem, na certeza de que com o apoio mais adequado tudo são capazes.

Ao longo do processo de intervenção a insegurança nas estratégias utilizadas, nas abordagens escolhidas para alcançar os objetivos, nas atividades desenvolvidas foi também uma dificuldade sentida, uma vez que não existia nenhum termo de comparação, pouco feedback e nenhuma referência na área que permitisse colocar em causa cada escolha e abordagem concretizada, podendo cair no erro, na estagnação e no não progresso de cada atividade. Uma outra dificuldade sentida foi o pouco trabalho de equipa concretizado, que poderia ter colmatado as inseguranças referidas anteriormente através da discussão em equipa de cada abordagem e de cada caso.

A não existência de todo o material disponível num Centro de Reabilitação, trouxe também algumas limitações à concretização da intervenção, no entanto esta limitação foi sendo ultrapassada através da criatividade, inovação e reciclagem do material disponível, na certeza de que o essencial para a concretização da intervenção psicomotora é o corpo, a sua expressão e comunicação.

A dificuldade no acesso às abordagens e literaturas mais recentes em relação à IPM, pode ter colocado em causa uma intervenção mais profissional e credível. Neste pensamento importa ainda referir como dificuldade ou limitação algumas características da estagiária a melhorar. Inicialmente a construção de planos de sessões com demasiadas atividades para o grupo em questão, provocando um sentimento de frustração devido à não concretização completa de um plano, o que prejudicou também a concretização de cada atividade por parte dos utentes ou crianças. Desta forma a estagiária adotou posteriormente a opção de utilização de um plano de sessão para mais

que uma sessão, permitindo assim a concretização de cada tarefa na sua totalidade ao ritmo de cada utente ou criança. Outra característica a melhorar por parte da estagiária é o cumprimento de horários entre sessões, o terminar a horas uma sessão para que seja possível começar a horas a sessão seguinte.

Apesar das dificuldades e limitações sentidas, um psicomotricista tem o privilégio de em cada dia trabalhar com seres humanos únicos e realmente especiais, especiais pela sua essência e pela sua forma de ser, estar e se relacionar com o outro, fazendo com que tudo valha a pena, até mesmo um erro ou uma falha, porque faz crescer, ser e dar mais em cada dia e a cada ser humano que cruza o seu caminho.

Seguidamente serão apresentadas outras atividades concretizadas pela estagiária no âmbito da IPM não só no CRPS mas também na comunidade envolvente do Centro e noutra Centro das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

2.3 Atividades Complementares

A estagiária teve a oportunidade de participar em diversas atividades extra-estágio:

- **Educação Parental:** a 6 de novembro a estagiária dinamizou uma sessão de educação parental sob o tema, escolhido pelos pais, “Estigmatização da criança moçambicana com deficiência”, que pretendeu ser um espaço onde os pais podiam ter uma participação ativa, colocando questões, dúvidas e partilhando experiências, entre outros, ao mesmo tempo que estimulava o trabalho em equipa com os técnicos. Nos dias 16 e 18 de março, 15 e 19 de abril e 18 e 20 de maio concretizaram-se sessões de educação parental (um grupo de mães e crianças diferentes em cada dia), com a participação dos cuidadores informais da Unidade Infantil, desde o momento de tomar o pequeno-almoço, passando pela higiene oral até à sessão de promoção do desenvolvimento psicomotor ou de terapias expressivas e atividade psicopedagógica, em que cada cuidador ficava com a ‘sua’ criança e realizava as diferentes atividades planeadas, com o objetivo de dar ferramentas e estratégias para que os cuidadores continuassem o processo de reabilitação em casa, ao nível da autonomia nas AVD e ao nível do desenvolvimento psicomotor, com foco também na aceitação e valorização das capacidades da sua criança e minimização das suas dificuldades com o apoio adequado;
- **Festa de Natal:** no mês de dezembro foram desenvolvidas atividades para a preparação da festa de natal com a participação das crianças e adultos, estando subjacentes a musicoterapia, dançaterapia e dramaterapia; no dia 17 de dezembro concretizou-se a festa que contou com a participação de todos os familiares dos utentes e das crianças e colaboradores do Centro, com a apresentação de momentos musicais, coreografias, poemas e algumas atividades diárias do Centro. Os materiais natalícios construídos pelos utentes e pelas crianças decoraram o espaço da festa e de cada Unidade;

- **Baile de Carnaval:** a 9 de fevereiro concretizou-se um baile de carnaval com a utilização de máscaras decoradas pelos próprios utentes e crianças, e roupas de disfarce alusivas à época, baseando-se esta atividade na responsabilidade de cada adulto pelo disfarce de uma criança e seguidamente o desfile de cada par;
- **Teatro de S. João de Deus:** a 8 de março realizou-se com os adultos um teatro relativo à vida de S. João de Deus (santo da Unidade de Adultos) para comemorar o seu dia, tendo sido este teatro preparado desde o dia 1 de março com todos os utentes da Unidade, em sessões de dramaterapia;
- **Caça aos Ovos:** a 30 de março concretizou-se a “Caça aos Ovos” alusiva à época da Páscoa, com a participação dos utentes, baseada na concretização de um circuito psicomotor com várias estações e com a criação de 4 equipas, onde cada adulto era responsável por uma criança e cada equipa tinha de seguir pistas para descobrir as estações a concretizar no jardim de entrada do CRPS;
- **Atividade em Meio Aquático:** nos meses de abril e maio concretizaram-se sessões na piscina (comprada e montada pela estagiária e voluntária enfermeira) em grupo com as crianças mais autónomas e sessões individuais com as crianças do grupo de intervenção e o estudo de caso, tendo sido este contexto muito positivo para a promoção do desenvolvimento psicomotor das crianças de ambos os grupos;
- **Teatro de S. Bento Menni:** a 25 de abril concretizou-se um teatro sobre a vida de S. Bento Menni (fundador das IHSCJ e o santo da Unidade Infantil) com a participação das crianças mais autónomas desta Unidade, tendo este teatro sido preparado desde o dia 6 de abril, como forma de comemorar o dia de S. Bento Menni (24 de abril), estando ao mesmo tempo a desenvolver-se sessões de musicoterapia e dramaterapia;
- **Intervenção no Centro Infantil Patinho Laranja:** paralelamente ao trabalho concretizado no CRPS a estagiária realizou visitas a um Centro Infantil inclusivo nos arredores de Maputo (recebe crianças entre os 0 e os 5 anos de idade) para dar apoio e estratégias no processo de intervenção de 3 crianças com NEE (1 com PC com 8 anos; 1 com Síndrome de Prader Willy com 5 anos; e 1 com uma deficiência motora com 5 anos); o principal objetivo da intervenção da estagiária foi dar estratégias às educadoras para a concretização das diferentes tarefas com cada criança, na construção de um plano de intervenção individual baseado numa avaliação psicomotora e com atividades específicas para trabalhar cada objetivo definido e para a sensibilização e formação dos pais sobre a problemática dos seus filhos; e
- **Visita ao Centro das IHSCJ na Macia:** entre os dias 27 de abril e 10 de maio a estagiária visitou o Centro das IHSCJ na Macia, vila pertencente a outra província de Moçambique, tendo dinamizado sessões com foco na grafomotricidade e atividade motora adaptada com um grupo de jovens entre os 9 e os 26 anos de idade e concretizado a preparação de uma festa alusiva ao dia de S. Bento Menni e dia da Mãe, com apresentação de algumas músicas com gestos associados e uma exposição dos trabalhos concretizados pelos jovens. Para além do trabalho no Centro (entre as 7h30 e as 12h) a estagiária realizou algumas visitas domiciliárias a jovens e

adultos com DID ou doença psiquiátrica que não podem deslocar-se ao Centro e ficam nas suas casas, tendo observado situações de extrema pobreza e isolamento social (jovens acorrentados na “palhota” - casa).

Projeto de Investigação

No âmbito da UC RACP foi proposta a realização de um projeto de intervenção/investigação para um maior envolvimento da estagiária na Instituição de estágio (CRPS) e na comunidade envolvente. O projeto de investigação escolhido tem como objetivo o conhecimento e a análise das atitudes da comunidade do Bairro das Mahotas (Maputo, Moçambique) e arredores, face à população com DID.

As atitudes face à população com DID no Bairro das Mahotas, Maputo

Resumo: Tanto a nível mundial como nacional há referência de que as atitudes face à população com DID se têm modificado de forma positiva, continuando no entanto esta população a ser o subgrupo populacional mais descredibilizado e discriminado. Este artigo tem como objetivo o conhecimento e a análise das atitudes da comunidade do Bairro das Mahotas (Maputo, Moçambique) e arredores, face à população com DID. O questionário ATTID foi aplicado a 50 participantes do bairro, com idades superiores a 18 anos dos quais 31 eram do género feminino. De uma forma geral, os resultados obtidos mostraram que os membros da comunidade das Mahotas tem uma atitude positiva face às pessoas com DID, com especial tendência para os elementos do género feminino, com maior contacto e familiares das pessoas com DID. Foi possível identificar algumas barreiras e facilitadores a serem trabalhadas ao nível de programas de sensibilização direcionados para a comunidade.

Palavras-chave: dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, atitudes, Moçambique, direitos, capacidades, sentimentos

Introdução

As pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID) constituem um dos grupos mais marginalizados a nível nacional (Santos, 2010) e a nível mundial é considerado o subgrupo populacional mais descredibilizado e discriminado (De Boer, Piji e Minnaert, 2012; Laat, Freriksen e Vervloed, 2013). Esta situação é intensificada em países, como Moçambique, onde questões sociopolíticas (e.g.: pobreza, conflitos étnicos, violações dos direitos humanos, baixas expectativas de vida, escassez de recursos) (Carlsson e Kumerius, 2012), são uma realidade e onde as conceções tradicionais de DID não têm sido suficientemente exploradas (Bardon, Siperstein, Parker e Corbin 2011; McKenzie, McConkey e Adnams, 2013; Stone-MacDonald e Butera, 2012). Olaleye et al. (2012) afirmam que 85% das crianças/jovens com deficiência se encontram em países em desenvolvimento (estimando-se que 10% dos africanos tem uma deficiência - Fujiura, Park e Rutkowski-Kmitta, 2005). Em Moçambique, a DID tem uma prevalência de 9% sendo uma das 'deficiências' mais comuns (UNICEF Moçambique, 2014b; PNADII, 2012), especificamente em Maputo, 14% da população tem dificuldades de memória e concentração, 8% tem dificuldades de autonomia (e.g.: tomar banho, vestir) e 7% tem dificuldades de compreender ou fazer-se compreender (RAVIM e *Handicap International*

Mozambique, 2010). Esta população vivencia situações de negligência, estigma e discriminação, com barreiras à participação social e acesso às intervenções terapêuticas (Kromberg et al., 2008), menores estatutos sociais e incompreensão da sua condição, por parte da comunidade (Mukolo, Heflinger e Wallston, 2010; Omoniyi, 2014).

Apesar de algumas mudanças positivas nas atitudes face à população com DID (e.g.: Morin, Crocker, Beaulieu-Bergeron e Caron, 2013), estas continuam a ser excluídas (Carlsson e Kumerius, 2012; McCaughey e Strohmer, 2005; Scior, 2011; Sheridan e Scior, 2013; Wilson e Scior, 2014), na África Subsaariana (Moçambique), sendo um dos grupos vulneráveis (Adnams, 2010; Omoniyi, 2014). Estas atitudes negativas estão ligadas a comportamentos de rejeição e distância social, com a exclusão das pessoas com DID da vida comunitária afetando o acesso a oportunidades educacionais, de emprego e de habitação (Bardon et al., 2011; McEvoy e Keenan, 2014; Verdonschot, De Witte, Reichrath, Buntinx e Curfs, 2009; Werner, Corrigan, Ditchman e Sokol, 2012), situação agravada com o “nível de severidade” (Ouellette-Kuntz, Burge, Brown e Arsenault, 2010; Morin, Rivard, Crocker, Boursier e Caron, 2013).

Esta barreira à participação é corroborada por vários autores que apontam ações de ódio, medo, compaixão (Findler, Vilchinsky e Werner, 2007) insegurança, receio (Werner, 2015), desconfiança, hostilidade (McCaughey e Strohmer, 2005; Scior, 2011; Yazbeck, McVilly e Parmenter, 2004), distância (Ouellette-Kuntz et al., 2010) e baixas expectativas (Siperstein et al., 2003) para com as pessoas com DID, comprometendo o sucesso de algumas políticas. Morin, Rivard et al., (2013) verificaram que as questões ao nível da sensibilidade (e.g.: tristeza e piedade – Findler et al., 2007) e do (des)conhecimento ou crenças sobre as causas sobre a DID (Omoniyi, 2014), são os dois pontos considerados menos positivos, com consequências negativas ao nível da auto-estima, autonomia pessoal, auto-determinação e participação social das pessoas com DID (Werner, 2015). Esta população ainda é encarada como eternamente dependente de cuidados, ‘sem’ direitos, originando-se uma construção social negativa (Biklen, 1987, Taylor et al., 1993 cit. in NDA, s.d.).

Todas estas atitudes podem dever-se à falta de recursos e de conhecimento sobre a DID, decorrentes de questões culturais (e.g.: filosofias; mágico-religiosas), que envolvem valores e crenças tradicionais (Carlsson e Kumerius, 2012; Gaad, 2004: Omoniyi, 2014). Os africanos do leste parecem ter uma visão mais holística de bem-estar individual, mas na região oriental de África, a população com deficiência continua a ser excluída das escolas e de oportunidades de trabalho (Stone-MacDonald e Butera, 2012). Ao abordar a deficiência no continente africano, importa referir que a capacidade

funcional individual para executar as tarefas de vida diária (sem ajuda) ou contribuir economicamente para a família ou comunidade, é especialmente importante, não tendo tanto impacto na comunidade outras dificuldades (e.g.: dislexia dadas as elevadas taxas de analfabetismo - Zhang, 2001).

Atualmente, a nível mundial as reflexões sobre o conceito de deficiência enfatizam os direitos humanos no contexto da igualdade e equiparação de oportunidades para todos (ONU, 2006), partindo-se da ideia de que a deficiência não é exclusivamente um problema da pessoa, mas resultado da (qualidade de) interação com a sociedade (Morato e Santos, 2007; Monedero, Cuesta e Angulo, 2014; Santos e Morato, 2012). A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), responsabiliza os governos na minimização das barreiras sociais, destacando-se que a desinstitucionalização, educação inclusiva e igualdade de oportunidades laborais, são essenciais pelo que as atitudes face à pessoa com DID devem ser reconsideradas (Morin, Rivard et al, 2013; Wilson e Scior, 2014).

Os governos e as organizações não-governamentais do continente africano, têm adotado medidas protetoras da autossuficiência e inclusão social (e.g.: Década Africana das Pessoas com Deficiência 2000-2009 e a Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança), alterando a sua legislação relativamente à população com deficiência para melhorar as suas oportunidades (Mamboleo, 2011), reconhecendo que as crianças africanas precisam de apoio e assistência especial por motivos socioeconómicos, culturais, tradicionais e de desenvolvimento. Apesar desta tentativa de proteção dos direitos das pessoas com deficiência em Moçambique (e.g.: PNAD, 2012), verifica-se, ainda, exclusão comunitária, estigmatização e discriminação social (UNICEF de Moçambique, 2014b).

A implementação da educação inclusiva, como promoção da inclusão social, ainda é um assunto de debate nos países africanos (Ajuwon, 2008; Eskay, Onu Igbo, Obiyo, Ugwuanyi, 2012). Sabe-se que em África menos de 10% das crianças com deficiência frequentam a escola, sendo as crianças com DID as mais excluídas (ACPF, 2011; Gaad, 2004). A ausência de dados confiáveis relativos à prevalência da DID, bem como as crenças culturais (Gaad, 2004), falta de conhecimento sobre as causas da DID, de profissionais formados na área e a superproteção (Fakolade, Adrniyi e Tella, 2009), dificultam o planeamento eficiente e eficaz.

Atualmente, há um crescente interesse nas atitudes face às pessoas com deficiência, procurando identificarem-se os fatores influenciadores e as abordagens para a mudança para atitudes positivas (Daruwalla e Darcy, 2005; Hunt e Hunt, 2004),

havendo estudos sobre diversas perturbações do desenvolvimento (e.g.: Findler et al., 2007; Pruett e Chan, 2006) e outros específicos sobre as pessoas com DID (e.g.: Hampton e Xiao, 2008; Morin, Crocker, et al., 2013; Morin, Rivard, et al., 2013; Panek e Jungers, 2008; Tachibana, 2006; Yazbeck et al., 2004).

Apesar de inúmeras definições e da inexistência de um consenso sobre a definição de atitude (Findler et al., 2007), é identificável uma visão multidimensional (Werner et al., 2012), envolvendo três dimensões: afetiva (sentimentos e emoções em relação ao outro), cognitiva (crenças, pensamentos, ideias, percepções, opiniões e concetualizações mentais em relação ao outro), e comportamental (comportamento real ou previsto em relação ao outro) (Findler et al., 2007). As atitudes são um constructo psicológico, com um papel muito importante na concetualização da deficiência, tendo por base o que a pessoa sente, pensa e o que está preparada para fazer em relação ao objeto da atitude (Bardon et al., 2011; Morin, Crocker, et al., 2013; McCaughey e Strohmer, 2005).

Ao analisar as atitudes face à população com DID é essencial estudar os prestadores de cuidados/apoios, dado afetarem diretamente a natureza e qualidade dos serviços (Henry, Keys, Jopp, e Balcazar, 1996). Estudos nos EUA e Austrália descobriram que os profissionais mantêm atitudes mais positivas em relação às pessoas com DID do que os membros da comunidade, talvez devidas ao contacto com esta população (e.g.: Yazbeck et al., 2004). Já Burge, Ouellette-Kuntz, Isaacs e Lunsy (2008) verificaram que os médicos do Canadá, por desconhecimento e dificuldades em lidar com este subgrupo populacional, não reconhecem a dignidade das pessoas com DID, que assim acedem com menor frequência aos cuidados de saúde.

Relativamente ao contexto educativo, os professores de ensino regular e especial são a favor da inclusão escolar e social das pessoas com DID, com atitudes mais positivas por parte dos professores do regular ao nível das escalas de distância social, apesar da atitude mais favorável de os professores de ensino especial face à educação inclusiva e respeito pelos direitos (Folostina, Duta e Pravalici, 2013). Okunrotifa (1988) verificou que na Nigéria apenas 1.5% dos estudantes de educação física e 21% dos estudantes em enfermagem, estavam preparados para receber alunos com deficiência nas suas aulas. O nível de ensino da pessoa com DID e a severidade da limitação influenciam as atitudes dos professores perante a inclusão (Rizzo e Vispoel, 1992).

Existem vários efeitos sociais e culturais sobre as atitudes parentais (Warner, 1999), com maior preconceito das famílias perante indivíduos com DID vs. outras deficiências (Ansari, 2002), variando em função do género, havendo atitudes mais

positivas para com as crianças com deficiência do género masculino (Chandramuki, Shastry e Vrandá, 2012; Omoniyi, 2014). A discrepância entre a criança perfeita idealizada e a criança que nasce com deficiência pode levar ao surgimento nos pais, de sentimentos e atitudes negativas para com a criança, como tristeza, culpa, choque, vergonha, rejeição, superproteção, entre outros (Omoniyi, 2014). Kisanji (1995) observou que crianças com DID eram escondidas da sociedade pelos familiares devido a crenças culturais, sofrendo elevados níveis de discriminação. Khazaleh e Al Khateeb (2011) verificaram que existe menor exposição social se a criança frequentar o ensino especial, sendo esse um ponto positivo para os pais. No continente africano, uma das causas para as atitudes negativas dos familiares, é o ainda pouco conhecimento da etiologia da DID (e.g.: causas religiosas) (Bywaters, Ali, Fazil, Wallace e Singh, 2003; Mirza, Tareen, Davidson, e Rahman, 2009) vs. a contribuição que o indivíduo com DID dá à família nas tarefas domésticas ou subsídio de invalidez (e.g.: África do Sul) (Groce, 2004).

A literatura revelou uma série de fatores sociodemográficos como preditores das atitudes face à população com DID (Gonçalves e Lemos, 2014; Laat et al., 2013; Sheridan e Scior, 2013). No fator **género** são observadas diferenças significativas nas dimensões afetiva e comportamental (Laat, et al., 2013; Gonçalves e Lemos, 2014): indivíduos do género feminino têm atitudes mais positivas para com as pessoas com DID (Findler et al 2007; Morin, Rivard, Boursier, Crocker e Caron, 2015; Ouellette-Kuntz et al., 2010; Vignes et al., 2009; Yazbeck et al., 2004; Omoniyi, 2014).

Quanto à **idade**, indivíduos mais jovens tendem a expressar menor distância social para com a população com DID (Vignes et al., 2009; Yazbeck et al., 2004), com atitudes mais positivas (Ouellette-Kuntz et al., 2010; Scior, 2011; Yazbeck et al., 2004) tal como é observado na África do Sul, talvez pelo facto de os jovens atuais crescerem numa sociedade que dá maior atenção à inclusão destes indivíduos (Reus, 2010); os indivíduos com 60 ou mais anos, apresentam uma atitude mais negativa (Ouellette-Kuntz et al., 2010; Parashar, Chan, e Leierer, 2008; Reus, 2010), com menor interação, sensibilidade e conhecimento das causas da DID (Morin, Rivard et al., 2013).

Ao nível da **zona de residência**, na África do Sul, as pessoas de zonas rurais têm atitudes mais negativas face às pessoas com DID (Carlsson e Kumerius, 2012; Maart et al., 2007), podendo dever-se a crenças culturais, falta de conhecimento e poucos serviços para esta população, estando os indivíduos com DID menos expostos na comunidade, sofrendo estigmatização, apesar de Pillay (2003) constatar que os indivíduos com DID de zonas rurais têm um papel mais ativo na comunidade (vs. zonas urbanas) devido a um aumento de tarefas domésticas exigidas e realizadas. A **estatutos**

socioeconómicos mais baixos correspondem atitudes mais negativas face aos indivíduos com DID (Altman, 1981) e indivíduos empregados têm uma atitude mais positiva vs. os seus pares desempregados (Reus, 2010).

O **nível de escolaridade** tem uma correlação positiva com as atitudes face à população com DID (Ouellette-Kuntz et al., 2010), associando-se a uma maior preocupação em prestar apoio ao nível da autonomia e integração na comunidade (Sheridan e Scior, 2013), sendo evidente menor distância social (Jones, Ouellette-Kuntz, Vilela e Brown, 2008; Morin et al., 2013b) e maior consciência das suas capacidades e direitos (Reus, 2010). Os níveis mais elevados de educação foram associados com atitudes mais positivas nos EUA (Henry, Duvdevany, Keys e Balcazar, 2004), Hong Kong e Reino Unido (Scior, Kan, McLoughkin e Sheridan, 2010). Os indivíduos com menor escolaridade têm menos conhecimento sobre a deficiência e menos experiência em falar sobre a mesma (Reus, 2010).

Alunos de áreas de saúde, educação e serviço social, apresentam atitudes mais positivas em relação à população com DID, em comparação com os seus pares das áreas de ciências exatas ou empresarial (Chan, Lee, Yuen e Chan, 2002). Hampton e Xiao (2008) analisaram o impacto do conhecimento sobre a DID, verificando que estudantes universitários chineses com mais conhecimentos tiveram atitudes mais favoráveis em relação à inclusão, corroborando outros estudos (e.g.: Chan et al., 2002; Wong e Wong 2008; Yazbeck et al., 2004). Kisanji, (1995) na Tanzânia, concluiu que o estigma para com as pessoas com DID, deve-se em grande parte à falta de conhecimento.

O maior **conhecimento e contacto/familiaridade** com pessoas com DID (Bossaert, Colpin, Pijl e Petry, 2011; Scior, 2011; Vignes et al., 2009) parece refletir-se numa menor distância e maior aceitação social (Ferrara, Burns e Mills, 2015; Ouellette-Kuntz et al., 2012; Scior, 2011; Reus, 2010), valorizando as suas capacidades (Scior et al., 2010). O contacto pode ter um efeito positivo sobre as atitudes através do aumento dos laços afetivos que atuam na redução do preconceito (Pettigrew e Tropp, 2006), medo e ansiedade, promovendo a aproximação social (Scior, 2011). No entanto, vários autores abordam a questão da "dose ideal" de contacto (Bossaert et al., 2011; Seewooruttun e Scior, 2014), sendo necessária mais investigação.

Scior (2011) afirma que o público em geral tem uma compreensão limitada sobre a DID, verificando-se alguma confusão sobre a terminologia e variação da consciência sobre este diagnóstico, entre culturas. Gilmore, Campbell e Cuskelly (2003) dão um exemplo do 'bom' conhecimento sobre a Trissomia 21 pela população australiana, apesar

de um quarto acreditar que a sua causa seria o estilo de vida dos pais ou problemas perinatais. Na Índia, apenas 4% dos participantes (N=20) consideraram as complicações pré-natais ou fatores genéticos como prováveis causas da DID, e uma proporção significativa atribuiu as causas a fatores sobrenaturais (Madhavan, Menon, Kumari e Kalyan, 1990).

A **religião** parece deter pouco impacto nas atitudes face às pessoas com DID, apesar de nos países africanos, ser uma das temáticas com maior peso (McKenzie et al., 2013): na África do Sul as crenças religiosas e as explicações supersticiosas são consideradas como possíveis causas (11.2% - Kromberg et al., 2008; Reus, 2010); na Tanzânia acredita-se que a deficiência é causada pela vontade de Deus (44%) ou por bruxaria (39%) (Kisanji, 1995), acontecendo situação idêntica noutros países africanos, tais como Zimbábue (Hartley et al., 2005), Quênia (El Sharkawy, Newton e Hartley, 2006), Etiópia (Omiegbe, 2001), Uganda (Hartley et al., 2005), Zâmbia (Mung'omba, 2008) e Nigéria (Abosi e Ozoji, 1985; Omoniyi, 2014).

As atitudes e crenças em relação às pessoas com DID variam também com os **contextos culturais** (Scior et al., 2010; Scior, 2011), determinantes na participação diária dos indivíduos (Carlsson e Kumerius, 2012), apesar da necessidade de se compreender as atitudes num contexto cultural particular que pode ajudar a transformar o valor e a posição dos grupos marginalizados (Vilchinsky e Findler, 2004), sendo um passo importante para a redução do preconceito, com implicações no sucesso das atuais políticas (Scior et al., 2010).

Desta forma, o objetivo deste estudo passa por conhecer e analisar as atitudes dos elementos da comunidade do Bairro das Mahotas e seus arredores, face à população com DID, no sentido de perceber a influência que as condições socioculturais desempenham neste processo e identificar barreiras/facilitadores que norteiem o desenvolvimento de intervenções e de ações de formação para a sociedade em geral, para a mudança das dimensões cognitiva, afetiva e comportamental das atitudes para a participação social destas pessoas.

Método

Amostra

A amostra, de conveniência, foi constituída por 50 residentes no Bairro das Mahotas e seus arredores, incluindo familiares, profissionais da área de saúde ou educação, estudantes de diferentes áreas, entidades religiosas e elementos da comunidade em

geral, existindo 10 indivíduos de cada categoria. Os participantes foram selecionados de forma aleatória. Todos os participantes eram adultos, com idade igual ou superior a 18 anos de idade, sendo 38% do género masculino e 62% do género feminino. Quanto às habilitações literárias a amostra é constituída por elementos com o 3.º ciclo completo ou com o secundário completo ou com a licenciatura, sendo a percentagem maior de indivíduos com o ensino secundário completo (52%). Quanto ao meio onde os indivíduos habitam 70% diz ser no meio urbano. Quanto à situação profissional 42% da amostra encontra-se empregado, estando também presentes na amostra muitos estudantes, havendo 2% de indivíduos que dizem ser voluntários. Também relativamente ao contacto com a população com DID 98% da amostra diz já ter tido este contacto, havendo apenas um indivíduo que diz nunca ter tido contacto com esta população. Todos estes dados podem ser observados com melhor detalhe na tabela 18.

Tabela 18 - Caracterização Demográfica da Amostra

Características	n	%	N	% total	
Género	Feminino	31	62%	50	100%
	Masculino	19	38%		
Idade	18 – 29 anos	28	56%	50	100%
	30 – 39 anos	9	18%		
	40 – 49 anos	13	26%		
Meio	Rural	15	30%	50	100%
	Urbano	35	70%		
Habilitações Académicas	Ensino Básico	5	10%	50	100%
	Ensino Secundário	26	52%		
	Ensino Superior	19	38%		
Situação Profissional	Empregado	21	42%	50	100%
	Desempregado	14	28%		
	Estudante	15	30%		
Grupos	Profissionais da Área	10	20%	50	100%
	Familiares	10	20%		
	Entidades Religiosas	10	20%		
	Elementos da Comunidade	10	20%		
	Estudantes	10	20%		
Contacto com DID	Sim	49	2%	50	100%
	Não	1	98%		

Instrumento.

O Questionário ATTID – *Attitudes Towards Intellectual Disability Questionnaire* de Morin, Crocker et al. (2013), avalia as dimensões cognitiva (30 itens), afetiva (18 itens) e comportamental (19 itens) das atitudes (Morin et al., 2015) face às pessoas com DID, permitindo avaliar a eficácia das intervenções destinadas a mudar essas atitudes (Morin, Crocker et al., 2013). A criação do ATTID teve por base outros instrumentos validados, a

Declaração de Montreal sobre a DID (2004) e outros itens na literatura, assegurando que as três dimensões fossem abrangidas (Morin, Crocker et al., 2013a).

O ATTID é constituído por 67 itens agrupados em cinco fatores associados às três dimensões (Morin, et al., 2015): (1) desconforto (17 itens; dimensão afetiva/emocional); (2) conhecimento sobre as capacidades/direitos das pessoas com DID (20 itens; dimensão cognitiva/conhecimento); (3) interação (17 itens; dimensão comportamental); (4) sensibilidade (6 itens; dimensão afetiva/emocional); e (5) conhecimento das causas da DID (7 itens; dimensão cognitiva/conhecimento). Cada item é avaliado numa *escala de Likert* de 5 níveis que variam entre (1) “concordo totalmente” e (5) “discordo completamente” (Morin, Crocker et al., 2013a).

Os itens da dimensão cognitiva avaliam seis categorias: (a) disposição para as considerar como um grupo homogéneo; (b) a sua integração comunitária; (c) etiologia; (d) mitos e crenças; (e) capacidade e potencial; e (f) direitos (Morin, Crocker et al., 2013a). Esta dimensão envolve o fator 2 (conhecimento sobre capacidades e direitos) e o 5 (conhecimento das causas da DID – Morin, Crocker et al., 2013a). As dimensões afetiva/emocional e comportamental são avaliadas através da análise de dois casos com DID, com diferentes níveis intelectual e adaptativo: a dimensão afetiva, envolve o fator 1 (desconforto) e o fator 4 (sensibilidade) permitindo compreender qual o sentimento que mais afeta os respondentes; e a dimensão comportamental envolve o fator 3 (interação) para compreender quais as diferenças/semelhanças das atitudes em relação às pessoas com DID com diferentes necessidades de apoio (Morin, Crocker et al., 2013a).

O ATTID foi validado com uma amostra representativa no Canadá, constituída por 1605 adultos, com mais de 18 anos, dos quais 43% eram do género masculino (Morin, Crocker et al., 2013a). O índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* foi de .92 (excelente), os cinco fatores explicam cerca de 40% da variância, a correlação entre fatores variou entre $-.03 < r < .54$ indiciando correlações fracas a moderadas, a consistência interna (*alfa de Cronbach*) variou de .59 a .89 (de aceitável a boa) e o teste-reteste identificou correlações significativas com variações de .62 (fator 1) a .83 (fator 3 –Morin et al., 2015).

Apresentação Resultados

Na tabela 19 é apresentada a frequência das respostas de cada item e na tabela 20 e 21 são apresentados os valores do teste t-student para comparação das respostas a cada item entre os fatores de cada variável em estudo e entre algumas variáveis – género; meio; habilitações literárias; situação profissional; contacto com DID; grupos, sendo apresentados apenas os itens onde são identificadas diferenças significativas ($p < .05$). A

maioria das respostas aos diferentes itens corresponde ao ‘concordo’ ou ‘concordo totalmente’. Relativamente às *Causas* a amostra no geral considera que todas as hipóteses são possíveis causas para a DID, com alguma relutância em relação às substâncias químicas e consumo de substâncias na gravidez, onde a maioria nem concorda, nem discorda. O contexto social desfavorecido foi apontado, pela maioria da amostra como uma causa, com a maioria das respostas a concordar totalmente.

Nas *Capacidades as respostas tendem a situar-se no ‘concordo’*, à exceção dos itens da utilização do dinheiro e de transportes públicos onde a maioria discorda que as pessoas com DID sejam capazes de concretizar estas tarefas, tendo uma opinião neutra em relação à capacidade de falar sobre os problemas físicos.

Tabela 19 - Frequência das respostas aos itens do ATTID

ATTID		1	2	3	4	5
Causas	1Aa: má nutrição mãe	5	15	12	14	4
	1Ab: lesão cerebral	12	15	14	5	4
	1Ac: falta de estimulação durante a infância	5	15	18	11	1
	1Ad: Substâncias químicas	3	14	19	11	3
	1Ae: Consumo de substâncias gravidez	14	26	8	1	1
	1Af: Problemas parto	17	15	12	5	1
	1Ba: Contextos sociais mais desfavorecidos	4	23	11	8	4
Capacidades	1Ca: Manter emprego	3	17	10	17	3
	1Cb: Utilizar transportes públicos sem ajuda	9	12	11	13	5
	1Cc: Lidar com dinheiro	3	14	13	16	4
	1Cd: Manter uma conversa	7	22	9	9	3
	1Ce: Falar sobre problemas físicos	9	12	15	12	2
	1Cf: Praticar desporto	11	27	5	5	2
	1Cg: Andar so pela cidade	4	17	13	15	1
	1Ch: Ler frases curtas	7	34	4	4	1
	1Ci: Aprender	14	32	2	2	0
	1Cj: Tomar decisões	5	19	10	9	7
Direitos	1Da: Dar consentimento a cuidados médicos	12	13	7	11	7
	1Db: Mesmo salário, com menor produtividade	13	23	7	6	1
	1Dc: Tomar decisões	13	14	10	9	4
	1Dd: Casar	11	19	15	4	1
	1De: Beber álcool	1	2	9	13	25
	1Df: Ter relações sexuais	8	23	16	2	1
	1Dg: Votar	14	11	13	5	7
	1Dh: Ter filhos	6	25	15	4	0
	1Di: Direitos iguais a qualquer pessoa	27	17	5	1	0
	1Ea: Crianças com DID escola básica regular	12	21	6	6	5
	1Eb: Adolescentes com DID na escola secundária regular	12	21	8	6	3
	1Ec: Mesmo local de trabalho	11	16	15	7	1
	1Ed: Participar nas atividades comunitárias	20	16	9	4	1
Caso I: António com DID e com menores necessidades de apoio	2Aa: com Medo	1	4	3	24	18
	2Ab: com Pena	9	11	8	10	12
	2Ac: Triste	6	10	10	15	9
	2Ad: Embaraçado/a	6	10	13	13	8
	2Ae: Ansioso/a	7	12	11	12	8
	2Af: Inseguro/a	4	8	6	20	12
	2Ag: Cauteloso/a	11	19	7	8	5
	2Ah: Comovido/a	20	22	6	1	1
	2Ai: Confortável a falar com António	17	20	5	5	3
	2Ba: Mudaria de lugar se o A. fosse ao seu lado no autocarro?	1	2	7	14	26
	2Bb: Responderia ao A. se lhe fizesse uma pergunta autocarro?	30	15	3	1	1
	2Bc: Concordaria em trabalhar com o António?	16	26	7	1	0

Tabela 19 (cont.): Frequência das respostas aos itens do ATTID

	2Bd: Concordaria que o A. trabalhasse na creche/escola do seu filho?	13	18	11	7	1
	2Be: Aceitaria ser servido pelo António no café?	13	28	5	4	0
	2Bf: Concordaria em supervisionar o António no trabalho?	15	23	5	5	2
	2Bg: Aceitaria ser aconselhado pelo António numa loja de roupa?	11	23	11	4	1
	2Bh: Aceitaria ser aconselhado pelo A. numa loja aparelhos eletrónicos?	10	19	12	7	2
	2Bi: Aceitaria o A. como amigo do seu filho/a?	17	24	5	2	2
	2Bj: Se quisesse adotar, poderia adotar o A.?	10	24	13	2	1
	2Bk: Se senhorio, arrendaria a sua casa ao António?	13	20	12	1	4
Caso II: Rafael com DID e com grandes necessidades de apoio	3Aa: com Medo	2	7	10	16	15
	3Ab: com Pena	12	12	7	8	11
	3Ac: Triste	11	7	11	12	9
	3Ad: Embaraçado/a	9	10	13	10	8
	3Ae: Ansioso/a	8	17	7	11	7
	3Af: Inseguro/a	6	10	10	10	14
	3Ag: Cauteloso/a	15	17	9	6	3
	3Ah: Comovido/a	22	22	3	1	2
	3Ai: Confortável a falar com Rafael	12	19	12	6	1
	3Ba: Mudaria de lugar se o Rafael fosse ao seu lado no autocarro?	2	3	9	15	21
	3Bb: Responderia ao Rafael se lhe fizesse uma pergunta no autocarro?	27	17	5	1	0
	3Bc: Concordaria em trabalhar com o Rafael?	14	19	12	5	0
	3Bd: Concordaria que o Rafael trabalhasse na creche/escola do seu filho?	9	16	15	8	2
	3Be: Aceitaria ser servido pelo A. no café?	12	22	8	8	0
	3Bf: Concordaria em supervisionar o R. no trabalho?	8	21	13	6	2
	3Bg: Aceitaria ser aconselhado pelo Rafael numa loja de roupa?	11	18	16	3	2
	3Bh: Aceitaria ser aconselhado pelo R. numa loja aparelhos eletrónicos?	9	15	16	5	5
3Bi: Aceitaria o R. como amigo do seu filho/a?	15	23	9	1	2	
3Bj: Se quisesse adotar, poderia adotar o R.?	9	19	16	5	1	
3Bk: Se senhorio, arrendaria a sua casa ao R.?	13	19	12	5	1	
Pessoas com DID que conhece são		Não			Sim	
	D5a: Membros de família próxima?	34			16	
	D5b: Membros de família alargada?	38			12	
	D5c: Vizinhos?	19			31	
	D5d: Pessoas para quem realiza trabalho voluntário?	33			17	
	D5e: Pessoas com quem trabalha?	32			18	
	D5f: Colegas dos seus filhos?	30			20	
	D5g: Pessoas que conheceu em atividades de lazer/desportivas?	28			22	

1 (concordo totalmente); 2 (concordo); 3 (nem concordo, nem discordo); 4 (discordo); e 5 (discordo totalmente)

A maioria do participantes concorda com os *Direitos*, concordando totalmente com o direito de votar, de participar nas atividades comunitárias e de terem os mesmos direitos, sendo de realçar a discordância geral no “beber álcool”. Em relação aos dois casos de indivíduos com DID, verifica-se que em geral, os participantes não sentem medo, pena, tristeza, embaraço e insegurança, apesar de em ambos se apontar a ansiedade, cautela e piedade. O caso R., com maior necessidade de apoios, traduz-se

por mais pena. Apenas no item de ser aconselhado pelo R. na loja de aparelhos eletrónicos é que os participantes assumiram o “não concordo nem discordo”, parecendo haver uma atitude positiva face aos restantes em ambos os casos. A maioria dos participantes afirma que as pessoas que conhecem com DID são seus vizinhos com quem contactaram há pouco dias, tendo ao longo da sua vida contactado ‘às vezes’ (44%) com esta população, mantendo uma relação neutra (54%), sabendo ainda que 62% refere que conhece um pouco sobre a DID.

Tabela 20 - Valores t-student para comparação dentro das variáveis - género e habilitações literárias

ATTID		Género			Habilitações Literárias			
		p	M	F	p	1º-3º	Se	Su
Capacidade	1Cc	.04	3.47±.96	2.84±1.10	.040	2±1.23	3.31±1.09	3.05±1.91
	1Cj				.050	1.6±.55	3.04±1.29	3±1.16
	2Af				.040	3.8±1.3	3.92±1.13	3±1.25
	2Bd	.020	2.74±1.24	2.03±.86				
	2Be				.009	1.4±.55	1.81±.69	2.42±.90
Caso I: António com DID e com poucas necessidades de apoio	2Bf	.040	2.53±1.35	1.87±.81				
	2Bg	.040	2.58±1.12	2±.78	.040	1.2±.45	2.35±.94	2.32±.95
	2Bh	.040	2.84±1.21	2.19±.95				
	3Aa				.001	4.6±.55	4.04±.92	3±1.25
	3Ai	.003	2.84±1.07	1.97±.88				
Caso II: Rafael com DID e com grandes necessidades de apoio	3Bc				.008	1.2±.45	2.04±.82	2.58±1.02
	3Bd	.004	3.11±1.15	2.23±.92	.030	1.4±.89	2.58±1.1	2.84±.96
	3Be				.006	1.2±.45	2.12±.91	2.68±1
	3Bf	.008	2.95±1.31	2.16±.69				
	3Bj				.002	1.4±.89	2.23±.71	2.89±1.05
Pessoas com DI que conhece são:	D5a	.001	.05±.23	.48±.51	.040	.8±.45	.31±.47	.21±.42

Tabela 21- Valores t-student para comparação das variáveis - situação profissional; contacto com DID; grupos

ATTID		Situação Profissional			Contacto com DID			Grupos						
		p	Emprego	Desemprego	Estudante	p	Não	Sim	p	P	R	F	C	E
Causas	1Ab							.004	1.6±.97	2.2±.63	3.3±1.49	2.2±.79	3.1±.12	
	2Ac	.003	2.67±1.35	4.14±1.03	3.13±.99									
	2Af							.030	3.5±1.08	2.8±1.4	4.1±.88	4.3±1.06	4.3±1.06	
Caso I: António com DID e com poucas necessidades de apoio	2Bc							.030	2.2±.79	1.5±.53	1.6±.52	1.7±.82	2.3±.68	
	2Be					.014	4±0	1.96±.79	.010	2.4±.97	2.5±.97	1.5±.53	1.6±.84	2±.000
	2Bf	.030	1.81±.75	1.93±1	2.73±1.34				.010	1.8±.79	2.7±1.42	1.5±.53	1.8±.79	2.8±1.14
	2Bg							.003	2.8±.63	2.4±.97	1.4±.52	1.9±.74	2.6±1.17	
	2Bh	.020	2.05±.97	2.36±1.8	3.07±1.03				.007	2.8±.63	2.9±1.1	1.5±.71	2.1±1.2	2.9±1.1
Caso II: Rafael com DID e com grandes necessidades de apoio	2Bi					.04	4±0	1.92±.95	.010	2.6±1.51	2.3±.82	1.3±.48	1.5±.71	2.1±.57
	2Bj								.040	2.62±1.17	2.3±.95	1.5±.53	2.1±.74	2.5±.53
	2Bk					.012	5±0	2.2±1.06	.040	3.1±1.45	2.5±1.35	1.7±.68	1.9±.74	2.1±.74
	3Aa					.018	1±0	3.76±1.11	.020	3.4±1.27	2.9±1.2	4.3±.82	4.3±1.06	3.6±.97
	3Ac	.010	2.52±1.29	3.93±1.27	2.87±1.41									
Relação com Pessoas c/DI:	3Ba	.010	3.95±.87	4.64±.63	3.47±1.46									
	3Bb					.001	4±0	1.55±.68						
	3Bc					.051	4±0	2.12±.93						
	3Bd	.050	2.33±1.02	2.29±1.07	3.13±1.06				.010	2.8±.79	2.9±1.2	1.6±.70	2.4±1.17	3.1±.99
	3Be								.001	2.6±1.08	3±.82	1.5±.53	1.7±.82	2.4±.97
Relação com Pessoas c/DI:	3Bf							.010	2.7±.82	3.3±1.25	1.9±.74	2±.94	2.4±.84	
	3Bg							.030	2.9±.74	2.5±1.18	1.8±.79	1.8±.92	2.7±1.06	
	3Bi					.04	4±0	2±.94						
Pessoas com DI que conhece são:	D5a							.000	.1±.32	.1±.32	1±.000	.3±.48	.1±.32	

Discussão dos Resultados

Como pode ser observado, as atitudes face à população com DID da comunidade do Bairro das Mahotas, não são tão negativas como se esperava. Na literatura é referido que a população com deficiência em Moçambique é ainda alvo de discriminação, estigmatização social e abusos por parte da comunidade e da própria família, que vêem a pessoa com deficiência como um castigo ou maldição (PNAD II, 2012; UNICEF Moçambique, 2014a), mas essas atitudes não foram identificadas neste estudo. Verifica-se no entanto que as atitudes dos participantes, são sobretudo de compaixão e assistencialismo (RAVIM e *Handicap International Mozambique*, 2010).

Observam-se diferenças estatísticas significativas ao nível de algumas variáveis (tabelas 20 e 21): género, habilitação literária, situação profissional e diferentes grupos, com exceção ao nível dos *Direitos* onde não houve qualquer diferença. Ao nível da idade também não foram reportadas quaisquer diferenças significativas, apesar dos mais jovens tenderem para atitudes mais positivas.

Relativamente à variável **idade**, a maioria dos participantes concorda com a listagem das *Causas*, exceção dos sujeitos entre os 18-29 anos com uma posição neutra sobre a má nutrição da mãe, e os sujeitos entre os 40-49 anos sobre a falta de estimulação na infância, as substâncias químicas e os contextos sociais mais desfavorecidos. Ao nível das *Capacidades* a tendência é concordar, verificando-se, mais uma vez, que os participantes entre os 18-29 anos “não concordam, nem discordam” com a capacidade de manter um emprego, utilizar dinheiro e os transportes públicos, e os sujeitos entre os 30-39 anos com os itens de falar sobre os problemas físicos e andar sozinhos pela cidade. Estes valores parecem ir ao encontro de alguns estudos que apontam ainda algum desconhecimento sobre a DID (Mukolo et al., 2010), ao mesmo tempo que os participantes parecem tender para a neutralidade sobre algumas capacidades, sendo assumidas por terceiros (e.g.: utilizar o dinheiro) ou nem serem rotina dos habitantes, dadas, por exemplo, as más condições da rede de transportes e os seus custos elevados associado a baixos recursos financeiros (Nações Unidas, 2009). Nos *Direitos* parece ser consensual que as pessoas com DID não têm direito a beber álcool, podendo este facto dever-se ao conhecimento geral dos malefícios do álcool, associando o seu consumo a alterações do efeito da medicação e até ao agravamento da perturbação, estando esta opinião associada a uma atitude de proteção. Os participantes entre os 30-39 anos voltam à postura neutra no consentir cuidados médicos e votar, talvez por alguma relutância em achar que a pessoa com DID tem capacidades para tal,

sendo encarada como dependente (Taylor et al., 1993 cit. in NDA, s.d.). Destaca-se a atitude tendencialmente mais positiva com o A., com maior nível de funcionalidade.

Os sujeitos entre os 30 e os 49 anos afirmam que a sua relação com as pessoas com DID é 'excelente', enquanto os sujeitos entre os 18-29 anos afirmam ter uma 'boa' relação, ao contrário do que é reportado por outros autores (Oullette-Kuntz et al., 2010; Scior, 2011; Vignes et al., 2009; Yazbeck et al., 2004) que reportam que os mais jovens tendem a expressar menor distância social e atitudes mais positivas. É de se realçar que apenas um participante tem mais de 50 anos e que tal pode ter condicionado alguns resultados, ao mesmo tempo que subsiste a superproteção dos mais velhos para com, sobretudo, as crianças com deficiências (Fakolade, Adrniyi e Tella, 2009).

Os participantes do **meio** rural e urbano apenas divergiram na capacidade de utilização dos transportes públicos ($p=.04$), com os de zonas rurais a assumir uma resposta neutra e os das zonas urbanas uma resposta mais positiva (concordo), ao mesmo tempo que todos discordam com o direito de beber álcool. As justificações poderão ser as mesmas apontadas anteriormente. São identificadas diferenças no que concerne aos sentimentos vivenciados face aos dois casos, tendendo os sujeitos de ambos os meios para atitudes mais neutras ou menos positivas no caso de R. com menor nível de funcionalidade, indo ao encontro de Zhang (2001) que aponta a capacidade funcional nas tarefas diárias como um dos fatores que influenciam as atitudes. A diferença de opinião entre o A. e o R. varia mais em meio urbano, tendo os sujeitos do meio rural uma opinião mais semelhante e positiva em praticamente todos os itens em ambos os casos, corroborando Pillay (2003) e contrariando outros estudos que apontam as crenças culturais e a falta de conhecimentos mais evidente nas zonas rurais (Carlsson e Kumerius, 2012; Maart et al., 2007). No caso específico do Bairro das Mahotas (meio rural), a presença do CRPS pode também influenciar essa opinião pela positiva, e o facto de a grande maioria das pessoas com deficiência viver em meio rural (UNICEF Moçambique, 2014b), existindo assim mais contacto com a população com DID vs. zonas urbanas.

Os participantes do **género** masculino tendem a assumir uma postura mais neutra, enquanto as participantes assumem posições mais positivas (e.g.: 'concordo' ou 'concordo totalmente'), no que concerne às *Capacidades* e na *Interação com o A. e R.* Todos os participantes concordam com as *Causas* apresentadas, apesar dos respondentes do género masculino terem uma opinião neutra sobre a má nutrição da mãe e os do género feminino em relação às substâncias químicas. Os participantes do género masculino mantém a opinião neutra sobre a capacidade de manter um emprego,

utilizar transportes públicos, lidar com o dinheiro e tomar decisões. Mais uma vez, o direito de “beber álcool” parece ser algo que a maioria dos participantes discorda em ambos os géneros. Os indivíduos do género masculino não iriam sentir medo do A. mas têm opinião neutra relativamente ao R., e as participantes do género feminino aparentam uma posição neutra em ambos os casos, apesar de uma maior ansiedade nos dois. Há uma certa tendência para a cautela e para uma posição neutra ao nível da tristeza e insegurança, apesar do maior embaraço face a R. pelos elementos do género masculino. Todos os participantes se sentiriam confortáveis em ambos os casos, observando no entanto maior proximidade e aceitação de interação com o A. em relação ao R.. Os nossos resultados parecem corroborar outros estudos que apontam que os sujeitos do género feminino estão mais à vontade com a população com DID, com atitudes mais positivas (Estevão, Marques, Pacheco e Santos, *in press*; Findler et al., 2007; Morin et al., 2015; Vignes et al., 2009; Yazbeck et al., 2004; Werner, 2015).

As diferenças ao nível da variável das **habilitações literárias** existem sobretudo entre os indivíduos com o 1.º-3.º ciclo vs. com ensino secundário/superior, tendo os primeiros sempre uma resposta mais positiva – ‘concordo’ ou ‘concordo totalmente’, e os segundos respostas mais neutras ‘nem concordo, nem discordo’, o que não vai ao encontro da literatura (Ouellette-Kuntz et al., 2009). A existência do CRPS pode influenciar estas respostas, pois a maioria dos participantes do estudo, contactam diariamente com pessoas com deficiência, ajudando os elementos da comunidade. No domínio das *Causas*, os respondentes concordam ou concordam totalmente, à exceção da má nutrição da mãe e às substâncias químicas e os participantes com mais habilitações têm, em geral, opinião neutra sobre as *Capacidades* das pessoas com DID, ao contrário dos sujeitos com o 1.º - 3.º ciclo que concordam ou concordam totalmente com cada capacidade, o que se pode dever ao maior e mais real conhecimento das características das pessoas com DID decorrentes do facto de 80% dos respondentes com o 1.º-3.º ciclo, serem familiares de pessoas com DID. Apenas os sujeitos com 1.º-3.º ciclo e com ensino secundário têm opinião neutra sobre alguns *Direitos* como a igualdade de salário com menor produtividade, tomar decisões, frequência da escola regular, concordando com todos os outros.

O nível de alfabetização das pessoas com deficiência, em Maputo, é mais baixo que na restante população (Nações Unidas, 2009; UNICEF Moçambique, 2014b) e a educação inclusiva enfrenta ainda muitas barreiras (e.g.: falta de formação, excesso de alunos - 85 alunos por turma), sendo difícil dar resposta às necessidades educativas dos alunos com deficiência (RAVIM e *Handicap International* Mozambique, 2010), existindo

na cidade de Maputo apenas duas escolas de ensino especial (uma para crianças com deficiência auditiva e outra para crianças com DID – República de Moçambique Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano, 2013). Os sujeitos com ensino superior parecem ter mais consciência dos direitos das pessoas com DID (Reus, 2010), uma vez que são os únicos que concordam ou concordam totalmente com todos os itens (à exceção do beber álcool). Relativamente à *interação com o A. e o R.* continua a verificar-se maior aceitação dessa interação com o A. em relação ao R., apesar de mais opiniões neutras e de discórdia nos sujeitos com ensino superior, o que parece não corroborar algumas investigações na área (e.g.: Reus, 2010). Esta situação pode dever-se à grande maioria (80%) ser familiares de indivíduos com DID, refletindo-se numa menor distância e maior aceitação social (Gonçalves e Lemos, 2014; Morin et al., 2013b; Scior, 2011; Reus, 2010).

Quanto à **situação profissional** os estudantes assumem uma posição mais neutra, tendo os participantes empregados e desempregados opiniões mais concretas e positivas, sobretudo ao nível das capacidades, talvez devido ao facto de 29% dos sujeitos desempregados e 24% dos sujeitos empregados, serem familiares de indivíduos com DID, contra apenas 7% de estudantes que são familiares. Quanto às *Causas*, os respondentes desempregados são os que têm mais opiniões neutras e os restantes concordam com todas as causas, indiciando um maior conhecimento sobre a DID. Os três grupos estão totalmente de acordo quanto aos *Direitos* da população com DID, à exceção de beber álcool. Na *interação com o A. e o R.*, os sujeitos empregados e desempregados tendem mais a concordar ou discordar, enquanto os estudantes têm opiniões mais neutras. Os sujeitos desempregados parecem estar mais à vontade na interação com as pessoas com DID do que os estudantes. A familiaridade com sujeitos com DID pode trazer maior sensibilidade e conhecimento real (Ferrara, Burns e Mills, 2015; Hampton e Xiao, 2008; Ouellette-Kuntz et al., 2012; Parashar et al., 2008; Reus, 2010) sendo esta mais visível e fácil com o caso do A., vs. o R..

No que diz respeito ao **contacto** com a população com DID, apesar de algumas diferenças, existe apenas um sujeito que afirma nunca ter tido contacto, pelo que as diferenças não são representativas da comunidade. Este sujeito tem opinião neutra ao nível das *Causas* sobre a má nutrição e discorda da falta de estimulação na infância e dos contextos sociais desfavorecidos, e nas *Capacidades* apenas concorda com a prática desportiva, ler frases curtas e aprender. Os sujeitos que já contactaram com pessoas com DID têm opinião neutra sobre o lidar com dinheiro. O participante que nunca teve contacto com pessoas com DID apenas concorda com a participação em atividades

comunitárias e tem opinião neutra sobre a igualdade de direitos. Importa referir que em Moçambique a população com DID no âmbito do lazer, cultura e desporto, depara-se com barreiras, devido a problemas económicos, à falta de infra-estruturas adaptadas e adequadas para os indivíduos com deficiência (PNAD II, 2012). A interação com o A. parece ser mais fácil para todos, apesar da relutância apresentada pelos participantes que não tem contacto com pessoas com DID, destacando-se que discorda com a amizade com os seus filhos, adoção, os conselhos que possam dar, corroborando outros estudos (Gonçalves e Lemos, 2014; Hampton e Xiao, 2008; Ouellette-Kuntz et al., 2012; Morin et al., 2013b; Scior, 2011; Pettigrew e Tropp, 2006; Reus, 2010).

Quanto à variável de **grupos**, verifica-se que os familiares são quem apresentam mais diferenças com uma opinião mais positiva, seguindo-se os indivíduos de entidades religiosas e os profissionais da área. Os resultados deste estudo não vão ao encontro dos resultados do estudo de Omoniyi (2014), onde é visível a presença de sentimentos e atitudes negativas dos pais para com os filhos com deficiência, sobretudo para com as crianças do género feminino, sobretudo devido à discrepância entre a criança perfeita idealizada e a criança que nasce com deficiência, levando sobretudo a sentimentos de vergonha, rejeição e superproteção. Os profissionais e os elementos da comunidade concordam com todas as *Causas* apresentadas e os restantes grupos têm opinião neutra relativamente à má nutrição da mãe, à lesão cerebral e às substâncias químicas. Por outro lado, os familiares e os elementos da comunidade concordam com todas as *Capacidades* listadas, e os elementos de entidades religiosas e estudantes denotam uma posição neutra talvez justificada por menor contacto/familiaridade com as pessoas com DID, subvalorizando as suas capacidades (Scior et al., 2010). Não se observam diferenças significativas entre os diferentes grupos nos *Direitos*, apesar de os profissionais assumirem uma posição neutra sobre o direito de votar – devido, talvez ao seu maior contacto e conhecimento dos níveis intelectuais e adaptativos das pessoas com DID com que trabalham não se trabalhando as questões da auto-determinação e da responsabilidade social (Werner, 2015); os familiares “não concordarem nem discordarem” sobre os adolescentes frequentarem escolas regulares, resultante da própria experiência dadas as condições precárias das escolas de Moçambique, da falta de vagas e da sobrelotação das salas de aulas, sem condições de resposta às necessidades dos adolescentes com DID (RAVIM e *Handicap International Mozambique*, 2010) e ou mesmo da menor exposição social que o ensino especial proporciona (Gaad, 2004); e os elementos da comunidade também assumirem a posição mais intermédia/neutra sobre o consentir cuidados médicos, derivado do conhecimento sobre a

falta de estimulação de questões de responsabilidade que associado às limitações cognitivas fazem duvidar da capacidade em consentir (ou não) cuidados médicos. No direito de beber álcool as entidades religiosas e os familiares têm opinião neutra, possivelmente resultante de fatores culturais ou devido à pouca probabilidade de que a pessoa com DID fosse querer beber álcool, e os restantes grupos discordam desse direito.

Na *interação com o A. e o R.* continua a verificar-se mais barreiras no caso do R., devido à sua menor funcionalidade – neste âmbito, importa destacar a opinião das entidades religiosas com mais opiniões neutras, o que não se esperava devido à sua índole religiosa de total aceitação do outro, destacando-se o item de mudar de lugar no autocarro na presença dos dois casos com DID. A maioria das respostas dos familiares e dos elementos da comunidade são ‘concordo totalmente’, podendo dever-se à constante interação com a população com DID, tal como referido anteriormente (e.g.: Ferrara, Burns e Mills, 2015; Gonçalves e Lemos, 2014; Morin et al., 2013b). No entanto, verifica-se que a maioria dos familiares e dos elementos da comunidade têm apenas o 1.º-3.º ciclo ou o secundário, enquanto que a maioria das entidades religiosas e profissionais da área têm o ensino superior, contrariando os estudos que associam o maior nível de escolaridade e mais conhecimento a atitudes mais positivas (Horner-Johnson et al., 2002; Yazbeck et al., 2004; Kisanji, 1995).

Conclusão

De uma forma geral, e de acordo com os resultados obtidos, parece poder inferir-se que as atitudes dos membros do Bairro das Mahotas parecem estar a evoluir para uma melhor aceitação das pessoas com DID e, conseqüentemente, uma diminuição da discriminação social contra elas. A importância deste estudo das atitudes é reforçada pelo relatório da UNICEF Moçambique (2014b) que realça a necessidade de mais dados e estudos sobre a criança com deficiência no país.

A escassez de serviços para a população com deficiência em Moçambique (UNICEF Moçambique, 2014a), é visível no Bairro das Mahotas, onde a única resposta se centra no CRPS e o Hospital Psiquiátrico Infulene na cidade de Maputo, não sendo os dois serviços capazes de dar resposta a todas as necessidades, devido ao número de indivíduos, escassez de profissionais e de formação e espaço limitado a um determinado número de utentes, que quando ultrapassado, prejudica a qualidade do serviço. Na avaliação do PNAD I (2006-2010) foi possível observar que apesar de ter havido um maior acesso aos serviços de reabilitação, assistência médica, medicamentosa e

terapêutica por parte desta população, existem ainda dificuldades ao nível da disponibilidade e melhoria da qualidade dos serviços de assistência prestados, com destaque para os hospitais públicos, a inexistência/distância de centros especializados de medicina física e de reabilitação, a falta de medicamentos nas farmácias públicas (PNAD II, 2012; UNICEF Moçambique, 2014b) e as barreiras linguísticas e culturais (Mir, Nocon, Ahmad e Jones, 2001; RAVIM e *Handicap International* Mozambique, 2010).

As barreiras à aceitação social das pessoas com DID passam por variáveis demográficas como a idade, o nível de escolaridade e o contacto direto (Morin, Crocker et al., 2013a), bem como por valores religiosos e culturais que associam a DID a causas religiosas/sobrenaturais (Carlsson e Kumerius, 2012; Gaad, 2004; Reus, 2010), apesar da idade e da religião não terem denotado impacto diferenciador nas respostas obtidas. As atitudes da comunidade das Mahotas tendem para ser positivas, indo ao encontro das tendências mais atuais (Morin, Crocker et al., 2013a), mas contra o que seria expectável, dada ainda a presença de estigmatização e discriminação por parte da população do continente africano face às pessoas com deficiência (PNAD II, 2012; UNICEF Moçambique, 2014a).

No âmbito das *Causas*, e de uma forma geral, os participantes têm uma opinião neutra face a alguns itens (e.g.: má nutrição da mãe e substâncias químicas) talvez porque não estão diretamente associadas à pessoa, desconhecendo a eventual relação com a DID, prevalecendo a ideia das complicações durante o parto.

A utilização autónoma do dinheiro e dos transportes públicos pelas pessoas com DID, apresenta alguma resistência, pelos participantes, derivada, talvez, das dificuldades económicas vividas pelas famílias, que numa gestão cuidadosa e eficiente chama a si esta responsabilidade, não considerando importante a estimulação deste tipo de tarefas pelos filhos ou membros do agregado familiar (com ou sem DID). As fracas condições da rede de transportes públicos, o seu custo elevado e insuficiente segurança com perigo inerente à sua utilização poderão ser algumas questões que explicam a não valorização dessas tarefas, associadas à subestimação de capacidades e paternalização dos indivíduos com DID.

É de se realçar a discórdia geral sobre o direito de beber álcool. De qualquer das formas, é de se realçar a concordância com os direitos de casar e ter relações sexuais que também não seria expectável. Realça-se, contudo, que apesar destes resultados alguns documentos oficiais realçam a necessidade de mais trabalho na garantia total dos direitos das pessoas com deficiência em Moçambique (UNICEF Moçambique, 2014b).

As famílias, a comunidade e os sujeitos do género feminino, apesar do menor nível de escolaridade, são os participantes que mostram ter atitudes mais positivas para com a população com DID, podendo justificar-se pelo maior contacto com a população do CRPS e pelo facto de a maioria dos sujeitos do género feminino ser mãe de indivíduos com DID. Os resultados parecem apontar para que o maior contacto leva a atitudes mais positivas. Pelo contrário estudantes e entidades religiosas ainda sentem algum medo, compaixão, insegurança, distância e baixas expectativas para com as pessoas com DID, indo ao encontro do que é reportado na literatura (Findler et al., 2007; Ouellette-Kuntz et al., 2010; Werner, 2015).

As questões da sensibilidade (tristeza e piedade) são um dos pontos menos positivos associados à população com DID (Findler et al., 2007; Werner, 2015), atuando como barreiras para o sucesso de políticas inclusivas. De qualquer das formas, os nossos resultados parecem ir na direcção de Mamboleo (2011) e Kisanji (1995) que também obtiveram indícios que existem zonas em África onde as pessoas com DID são bem cuidadas e incluídas na comunidade. Infere-se que a presença do CRPS no Bairro das Mahotas tem um forte impacto neste ponto.

Por outro lado, e decorrente da necessidade de se identificarem algumas barreiras e facilitadores para futuras intervenções/formação e sensibilização para a comunidade destaca-se a necessidade de um maior conhecimento sobre a DID (e.g.: causas, consequências e caracterização), a introdução do modelo biopsicossocial da pessoa podendo o CRPS ser o elemento facilitador neste campo, facilitando contactos e eventos com a participação de toda a comunidade. As ações de formação concretizadas pela estagiária o longo deste ano intentaram nesta mudança, no sentido de se valorizar os apoios adequados e clarificar que algumas das dificuldades apresentadas pelas pessoas com DID decorrem das limitações da interacção com o envolvimento. A ideia será reduzir o estigma e aumentar a sua produtividade, inclusão e participação social.

Tal como todos os estudos, também no nosso se podem apontar algumas limitações como a não validação do questionário a nível nacional, nem adaptado ao contexto moçambicano, tendo-se verificado alguma dificuldade na compreensão da linguagem e de conteúdos de alguns itens que tiveram de ser adaptados à realidade moçambicana. A presença e aplicação do questionário pela estagiária pode ter influenciado as respostas dos participantes, tendo dado as suas respostas consoante o que os mesmos consideram ser a resposta mais correta no contexto em questão. Seria interessante, apesar de tudo, incluir itens mais específicos sobre a cultura e religião da comunidade (e.g.: crenças religiosas). Dada a amostra reduzida e circunscrita do ponto

de vista geográfico, o que condiciona a generalização dos resultados. Importa ainda referir como limitação do estudo, a não generalização dos resultados à população de Moçambique, mas apenas à comunidade do Bairro das Mahotas, uma vez que o país é muito para além deste bairro, onde a maioria da população vive em meio rural e não urbano, o que condiciona as atitudes e posição perante a população com deficiência, como foi já referido anteriormente na literatura. Sugerem-se outros estudos com amostra significativas e representativas do país, com o cruzamento do impacto das variáveis, bem como estudos de follow-up das atitudes face às medidas a implementar neste âmbito.

Considerações Finais

O presente estágio concretizou-se numa região de Moçambique na periferia da sua capital, que ainda não dá total resposta às necessidades básicas da população, como o acesso à água, eletricidade e apoio hospitalar, verificando-se a ausência de infraestruturas sociais e económicas (Loforte, 2002), tendo a estagiária tido contacto com estas condições ao confrontar-se com a realidade em que os utentes e as crianças do CRPS vivem. A realidade da comunidade do Bairro das Mahotas reflete a situação em Moçambique, onde mais de metade da população vive abaixo do limiar de pobreza, com elevado índice de mortalidade infantil (142 em cada 1000), tendo a estagiária vivenciado esta situação no CRPS. Associado às crianças/jovens com deficiência, estão elevadas taxas de abandono e exposição a condições de carência extrema (UNICEF Moçambique, 2014a), uma vez que no meio de tantos problemas económicos e sociais, estas criança/jovens são muitas vezes deixados de lado, sem expectativas de futuro para elas.

Apesar de se constatar na literatura e em relatórios locais que em Moçambique estão ainda associadas à população com deficiência elevados níveis de discriminação, estigmatização e preconceito, devido a questões sociopolíticas tais como pobreza, conflitos étnicos, violações dos direitos humanos ou baixas expectativas de vida (Unicef Moçambique, 2014a; Carlsson e Kumerius, 2012), constata-se que no contacto com a comunidade das Mahotas, existe maior sensibilização, valorização e aceitação desta população, que pode justificar-se pela presença do CRPS no Bairro e pelo trabalho que este tem desenvolvido com a comunidade e as famílias das crianças e utentes. No entanto, apesar da Convenção dos Direitos Humanos ter sido adotada pelo Governo Moçambicano (PNAD II, 2012; UNICEF Moçambique, 2014b), a estagiária verificou em várias situações do dia-a-dia que os Direitos Humanos nem sempre são respeitados, colocando-se várias vezes em causa a dignidade, o respeito e o valor pela vida humana.

No âmbito deste estágio é possível constatar que a IPM teve um papel muito importante na promoção da funcionalidade e autonomia de cada indivíduo, através da sua abordagem baseada numa intervenção criativa, diversificada e adaptável a cada indivíduo (Martins, 2001), respeitando os princípios da instituição e baseando-se no modelo de qualidade de vida (Schalock et al., 2010), apostando na funcionalidade e bem-estar de cada criança e utente, sendo gratificante o sorriso e a expressão no rosto de cada um, de satisfação, valorização, sentimento de competência e de se sentir útil, fortalecendo as relações humanas e de responsabilidade social. Constatou-se que uma das mais valias da IPM foi a dinamização de sessões em grupo, e o envolvimento de

crianças e utentes numa mesma atividade, tendo assim fortalecido a ligação entre todos os intervenientes do Centro, promovido a relação interpessoal, a responsabilidade pelo outro e a interação com o envolvimento.

Tendo em conta a realidade social e cultural, foi necessário adequar e adaptar a abordagem psicomotora, não só no que diz respeito à reciclagem e adaptação de materiais, mas também na comunicação com as auxiliares da ação educativa, com os encarregados de educação e na própria dinamização das atividades, procurando ir ao encontro de atividades tradicionais e que fizessem sentido no dia-a-dia de cada criança e utente, bem como na comemoração de dias especiais a nível nacional e internacional.

No CRPS a IPM deu também especial atenção ao trabalho em cooperação com os cuidadores informais das crianças, valorizando a importância que a família tem para o desenvolvimento e felicidade das crianças, tendo ela sido o principal aliado da IPM e dos seus efeitos. Neste sentido a IPM teve impacto não só em cada criança e cada utente, mas em cada família, em cada auxiliar, em cada técnico e na própria comunidade do Bairro das Mahotas, onde a população com deficiência ainda se encontra escondida atrás dos muros do CRPS.

Importa ainda referir que a concretização do projeto de investigação, que permitiu posteriormente a criação de um artigo, foi também um aspeto muito importante deste estágio, pois possibilitou um maior contacto direto com a comunidade, tendo por base um assunto ainda sensível de ser abordado, permitindo desta forma compreender melhor os seus pensamentos e reflexões sobre esta temática, confrontando assim a presença nesta comunidade de ideias e atitudes relatadas na literatura sobre a mesma.

Por fim, concretizar o estágio de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, numa nova Instituição, numa cidade, país e continente diferentes, onde as palavras ‘intervenção psicomotora’ poucas vezes são ouvidas, foi sem dúvida um desafio, que não pode deixar de lado dificuldades, limitações e inseguranças – a inexistência de IPM no momento de chegada da estagiária, a falta de experiência prática da estagiária com a população-alvo da Unidade de Reabilitação Infantil, a escassez de material e constante adaptação e reciclagem do mesmo, a falta de trabalho em equipa, a grande autonomia na concretização de todas as atividades e dinâmicas e a constante adaptação à cultura que tem influência na abordagem e no processo terapêutico de cada criança e utente. Um país, cidade e bairro, onde a palavra ‘deficiência’ carrega preconceitos, tradições, distância e repulsa, a IPM tem um papel fundamental na desmistificação de todas as construções negativas sobre a população com deficiência, partindo da sua essência de aceitação do outro tal como é, sempre em vista a sua autonomia, na base das suas

capacidades e dificuldades, no pensamento em que todo o ser humano é capaz quando tem os apoios adequados.

Reflexão Pessoal

A concretização do estágio de Mestrado em Moçambique foi sem dúvida um grande desafio e uma aventura feliz, que é impossível transportar e refletir totalmente neste documento, sobretudo pelas aprendizagens e crescimento pessoal que estão por de trás de todo o trabalho profissional desenvolvido.

Uma grande conquista de todo este projeto vivido ao longo de 8 meses, é realmente os ‘milagres’ que a IPM foi realizando na vida de cada criança e utente e consequentemente na vida das suas famílias. Numa cidade, país e continente diferentes, tomou-se consciência que a língua dos afetos e a importância da relação e proximidade com o outro é universal, por isso pode dizer-se que a ‘psicomotricidade’ é universal e em cada ponto do planeta terra pode fazer a diferença, pela sua essência – cada corpo na sua unicidade comunica, expressa e sente com o outro e com o mundo, independentemente da sua condição.

Apesar da novidade e de se ter colocado em causa pensamentos e preconceitos associados às crianças e aos utentes do CRPS, a IPM e a abordagem utilizada pela estagiária foi aceite e valorizada pelos diferentes técnicos, uma vez que os efeitos da mesma são visíveis no dia-a-dia, tendo sido ao mesmo tempo adotada pelos mesmos, assegurando-se assim que o trabalho iniciado ao longo deste estágio terá continuidade, sendo os principais beneficiados as crianças, os utentes e as suas famílias, que são o foco de todo o trabalho do CRPS.

Foi também essencial o trabalho concretizado em parceria com as famílias, que aceitaram a proposta de formação prática com as suas crianças, o que permitiu que as mesmas tivessem oportunidade de conhecer realmente as capacidades das suas crianças, de aprender estratégias para promover o desenvolvimento e autonomia das mesmas e ao mesmo tempo que fosse um momento de fortalecimento da interação, relação e laço afetivo entre a criança e o seu familiar.

Importa também referir que ao chegar ao CRPS e ao longo de todo o tempo vivido em relação não só as crianças, utentes e suas famílias, mas também com a comunidade, a estagiária foi surpreendida pela positiva pela forma como a comunidade local e as famílias aceitam e interagem com a população com deficiência, sentindo-se alguma sensibilização e valorização desta população, ao contrário do que se esperava pelo que é

reportado na literatura, tendo o CRPS uma forte influência sobre esta forma de ver e estar com a população com deficiência.

Com esta população 'especial' foi possível mais uma vez vivenciar e sentir que em cada criança e em cada utente se encontra o essencial que qualquer ser humano procura – amor, carinho e aceitação pelo que cada um é no seu interior. Tendo sempre em conta a relação terapêutica de base, no CRPS foi possível criar verdadeiras amizades e até uma família, para além de ter sido colo, braços e pernas para muitas crianças e utentes, foi também onde me senti muito acolhida e onde me deram também colo durante 8 meses, muito afastada da minha zona de conforto.

Com esta experiência, para além de toda a bagagem profissional que foi possível desenvolver com a prática de IPM, foi possível também desenvolver capacidades essenciais para o presente e o futuro como maior resiliência, criatividade, adaptação a novos contextos, comunicação intercultural e um interesse muito especial pela área social que junto com a IPM pode fazer a diferença em muitas vidas.

Bibliografia

- Abdalla, M., Sulieman, S., Tinay, A. e Khattab, A. (2009). Socio-economic aspects influencing food consumption patterns among children under age of five in rural area of Sudan. *Pakistan Journal of Nutrition*, 8, 653–659.
- Abosi, C. O. (1999) Trends and issues in special education in Botswana. *Journal of Special Education*, 33, 85-94.
- Abreu-Mendoza, R. e Arias-Trejo, N. (2015). Numerical and area comparison abilities in Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 41-42, 58-65. Elsevier. doi.org/10.1016/j.ridd.2015.05.008.
- ACPF. (2011). *The lives of children with disabilities in Africa: a glimpse into a hidden world*. Addis Ababa: The African Child Policy Forum.
- Adewuya, A. e Makanjuola, A. (2008). Social distance towards people with mental illness in Southwestern Nigeria. *Australian New Zealand Journal Psychiatry*, 42, 389–395.
- Adio, A. e Wajuihian, S. (2012). Ophthalmic manifestations of children with Down syndrome in Port Harcourt, Nigeria. *Clinical Ophthalmology*, 6, 1859-1864. doi: 10.2147/OPHTH.S36685.
- Adnams, C. (2010). Perspectives of intellectual disability in South Africa: epidemiology, policy, services for children and adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(5), 436-440. doi:10.1097/YCO.0b013e32833cfc2d.
- Agheana, V. e Dutta, N. (2015). Achievements of Numeracy Abilities to Children with Down Syndrome: Psycho-Pedagogical Implications. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 186, 38–45. doi:10.1016/j.sbspro.2015.04.068.
- Agiovlasitis, S., McCubbin, A., Yun, J., Pavol, J., Widrick, J. (2009) Economy and preferred speed of walking in adults with and without Down syndrome. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26, 118– 130.
- Ahmed O., Elkhalifa M. e Elnasikh M. (2011). Nutritional status of the children under age of five in desertification area of Sudan. *International Journal of Current Research*, 2, 103–108.
- Aicardi, J. (1998). The etiology of developmental delay. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5(1), 15-20.

- Ajuwon, A. (2008). Inclusive education for students with disabilities in Nigeria: Benefits, Challenges and Policy Implications. *International Journal of Special Education*, 23(3), 11-16.
- Alamy, M. e Bengelloun, W. (2012). Malnutrition and brain development: An analysis of the effects of inadequate diet during different stages of life in rat. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 1463-1480. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.03.009.
- Albaret, J. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Evolutions Psychomotrices*, 60, 66-75.
- Altman, B. (1981). Studies of attitudes toward the handicapped: the need for a new direct. *Social Problems*, 28(3), 322-337. Obtido em 10 de janeiro de 2016 de: <http://www.jstor.org/sci-hub.cc/stable/800306>.
- Anabwani G. e Navario P. (2005). Nutrition and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: an overview. *Nutrition*, 21(1), 96-9.
- Anderson, J., Nielsen, J., Ferguson, M., Burbach, M., Cox, E., Gerig, G., Edgin, J. e Korenberg, J. (2013). Abnormal brain synchrony in Down Syndrome. *NeuroImage: Clinical*, 2, 703-715. doi.org/10.1016/j.nicl.2013.05.006.
- Ansari, A. (2002). Parental acceptance-rejection of the disabled children in non-urban Pakistan. *North American Journal of Psychology*, 4(1), 121-128.
- American Psychological Association (APA, 2013). Neurodevelopmental Disorders - Intellectual Disabilities. In APA, *DSM-5* (p. 33-41). Washington; London: APA.
- Aragón, M. (2007). *Manual de psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arya R., Kabra M. e Gulati S. (2011). Epilepsy in children with Down syndrome. *Epileptic Disorders*, 13, 1-7. doi: 10.1684/epd.2011.0415.
- Ashwal, S., Russman, B., Blasco, P., Miller, G., Sandler, A., Shevell, M. e Stevenson, R. (2004). Practice Parameter: Diagnostic assessment of the child with cerebral palsy Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 62(6), 851-863.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP, 2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Lisboa.
- Auer, W. (2009). *Mondes sensibles: développer les sens, cultiver la perception, apprendre avec joie*. Paris: Aethera – Triades.
- Aurangzeb, B., Whitten, E., Harrison, B., Mitchell, M., Kepreotes, H., Sidler, M., Lemberg, A. e Day, S. (2012). Prevalence of malnutrition and risk of under-nutrition in hospitalized children. *Clinical Nutrition*, 31, 35-40. doi:10.1016/j.clnu.2011.08.011
- Baker, B., Neece, C., Fenning, R., Crnic, K. e Blacher, J. (2010). Mental disorders in five year old children with or without intellectual disability: Focus on ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 492-505.
- Balic, G., Mateos, C., Blasco, G. e Fernhall, B. (2000). Physical fitness levels of physically active and sedentary adults with Down syndrome. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, 310-321.
- Balk, D., Storeygard, A., Levy, M., Gaskell, J., Sharma, M. e Flor, R. (2005). Child hunger in the developing world: an analysis of environmental and social correlates. *Food Policy*, 30 (5-6), 584-611.
- Bardon, J., Siperstein, G., Parker, R. e Corbin, S. (2011). *Attitudes of the Public in South Africa Toward People with Intellectual Disabilities*. Special Olympics.
- Barnhill, J., Koning, N. e Kartheiser, P. (2007). Learning Disorders. In Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. e First, M. (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in*

- persons with Intellectual Disability: 68-87*. National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA.
- Barreto, S. (2000). *Psicomotricidade: educação reeducação (2.º edição)*. Blumenau: Acadêmica educação e reeducação.
- Bax, M., Flodmark, O. e Tydeman, C. (2007). From syndrome toward disease . *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49(109), 39-41. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12627.x.
- Bayley, N. (2006). *Manual of Bayley Scales of Infant Development™ (3.º edição)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, G., Derrey, S., Gayral, N., Guillemin, C., Labarrere, I., Lecoeur-Pichot, C. e Rodrigues, P. (2004). La psychomotricité. *Le Journal de l'Établissement Public de Santé Charcot Plaisir*, 18, 2-8.
- Bellman, H., Lingam, S. e Aukett, A. (2008). *Schedule of growing skills II: User's guide (2.º edição)*. London: NFER Nelson Publishing Company.
- Belluscio, L., Berardino, B., Ferroni, N., Ceruti, J. e Cánepa , E. (2014). Early protein malnutrition negatively impacts physical growth and neurological reflexes and evokes anxiety and depressive-like behaviors. *Physiology & Behavior*, 129, 237-254. doi: 10.1016/j.physbeh.2014.02.051.
- Berkovits, L. e Baker, B. (2013). Emotion dysregulation and social competence: Stability, change and predictive power. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(8), 765–776. doi: 10.1111/jir.12088.
- Berrol, C. (2006). Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(4), 302- 315. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2006.04.001>.
- Bialik, G. e Givon, U. (2009). Cerebral palsy: classification and etiology. *Acta orthopaedica et traumatologica turcica*, 43(2), 77-80. doi:10.3944/AOTT.2009.7.
- Blair, E. e Watson, L. (2006). Epidemiology of cerebral palsy . *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 11, 117-125. Australia: Elsevier. doi:10.1016/j.siny.2005.10.010.
- Blasi, F., Elia, F., Buono, S., Ramakers, G. e Nuovo, S. (2007). Relationships between visual-motor and cognitive abilities in intellectual disability. *Perceptual and Motor Skills*, 104, 763-772. doi: 10.2466/PMS.104.3.763-772.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Bosley A. (2005). Developmental delay versus developmental impairment. *Archives of Disability in Childhood*, 90, 875-879.
- Bossaert, G., Colpin, H., Pijl, J. e Petry, K. (2011). The attitudes of Belgian adolescents towards peers with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 504–509. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.033.
- Bréscia, L. (2003). *Educação Musical: bases psicológicas e ação preventiva*. São Paulo.
- Browder, D., Wakeman, S., Spooner, F., Ahlgrim-Delzell, L. e Algozzine, B. (2006). Research on reading instruction for individuals with significant cognitive disabilities. *Exceptional Children*, 72, 392–408.
- Brown, T., Rodger, S. e Davis, A. (2003). Test of visual perceptual skills–revised: An overview and critique. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10, 3–15. doi: 10.1080/11038120310004510.
- Bruininks, H. e Bruininks, D. (2005). *BOT 2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (2.º edição)*. Pearson Assessments.
- Burack, A., Hodapp, M. e Zigler, E. (1998). *Handbook of Mental Retardation and Development*. USA: Cambridge University Press.
- Burge, P., Ouellette-Kuntz, H., Isaacs, B. e Lunsy, Y. (2008). Medical students' views on training in intellectual disabilities. *Canadian Family Physician*, 54(4), 568-571.

- Bywaters, P., Ali, Z., Fazil, Q., Wallace, L. e Singh, G. (2003). Attitudes towards disability amongst Pakistani and Bangladeshi parents of disabled children in the UK: considerations for service providers and the disability movement. *Health & Social Care in the Community*, 11(6), 502-509.
- Campanozzi, A., Capano, G., Miele, E., Romano, A., Scuccimarra, G., Giudice, E., Strisciuglio, C., Militerni, R. e Staiano, A. (2007). Impact of malnutrition on gastrointestinal disorders and gross motor abilities in children with cerebral palsy. *Brain & Development*, 29, 25-29. doi:10.1016/j.braindev.2006.05.008.
- Canha, L. e Neves, S. (2007). *Promoção de Competências Pessoais e Sociais Desenvolvimento de um Modelo Adaptado a Crianças e Jovens com Deficiência*. Associação de Paralisia Cerebral de Odemira.
- Cans, C., Dolk, H., Platt, M., Colver, A., Prasauskiene, A. e Krageloh-Mann, I. (2007). Recommendations from the SCPE collaborative group for defining and classifying cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(109), 35-38. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12626.x.
- Caplan, B., Neece, C. e Baker, B. (2015). Developmental level and psychopathology: Comparing children with developmental delays to chronological and mental age matched controls . *Research in Developmental Disabilities*, 37: 143-151. doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.045.
- Carlsson, L. e Kumerius, C. (2012). Right to a normal life - the progress of changing attitudes towards people with mental disabilities in Tanzania. *Bachelor Degree Project, 15 HEC Study Programme of International Social Work*.
- Carulla, L., Reed, G., Vaez-Azizi, L., Cooper, S., Leal, R., Bertelli, M., Adnams, C. ... Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175-180.
- Chan, C., Lee, C., Yuen, K. e Chan, F. (2002). Attitudes toward people with disabilities between Chinese rehabilitation and business students: An implication for practice. *Rehabilitation Psychology*, 47(3), 324-388. doi: 10.1037/0090-5550.47.3.324.
- Chandramuki, Shastry, I. e Vranda, M. (2012). Attitudes of Parents towards Children with Specific Learning Disabilities. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 23(1), 63-69. doi: 10.5463/DCID.v23i1.47.
- Channell, M., Conners, F. e Barth, J. (2014). Emotion Knowledge in Children and Adolescents With Down Syndrome: A New Methodological Approach . *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(5), 405-421. doi: 10.1352/1944-7558-119.5.405.
- Chapman, R. e Hesketh, L. (2000). Behavioral phenotype of individuals with down syndrome . *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 6: 84-95.
- Chivandi, E., Mukonowenzou, N., Nyakudya, T. e Erlwanger, K. (2015). Potential of indigenous fruit-bearing trees to curb malnutrition, improve household food security, income and community health in Sub-Saharan Africa: A review. *Food Research International*, 76: 980-985. doi: 10.1016/j.foodres.2015.06.015.
- Chou, R., Shih, W., Chang, C., Chou, Y., Hu, H., Cheng, S., Yang, Y. e Hsieh, J. (2012). Psychosocial Rehabilitation Activities, Empowerment, and Quality of Community-Based Life for People With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(4), 285-294. doi:10.1016/j.apnu.2012.04.003.
- Christie, P. (2010). The complexity of human rights in global times: The case of the right to education in South Africa. *International Journal of Educational Development*, 30: 3-11.
- Clark, C., Sheffield, T., Wiebe, S. e Espy, K. (2013). Longitudinal associations between executive control and developing mathematical competence in preschool boys and girls. *Child Development*, 84(2), 662-677.
- Colver, A. (2007). Classification of cerebral palsy: paediatric perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(109),15-16. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12611.x.
- Costa, C., Santos, S. e Tavares, G. (in press). A corporeidade como base de intervenção na população com DID. *Revista da Educação Especial e Reabilitação*.

- Couzens, D., Cuskelly, M. e Haynes, M. (2011). Cognitive Development and Down Syndrome: Age-Related Change on the Stanford-Binet Test (Fourth Edition) . *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(3), 181-204. doi: 10.1352/1944-7558-116.3.181.
- Damáσιο, A. (2011). *O Erro de Descartes - Emoção Razão e Cérebro Humano*. Portugal: Circulo de Leitores.
- Daruwalla, P., e Darcy, S. (2005). Personal and societal attitudes to disability. *Annals of Tourism Research*, 32(3), 549–570. doi:10.1016/j.annals.2004.10.008.
- Daunhauer, L., Fidler, D., Hahn, L., Will, E., Lee, N. e Hepburn , S. (2014). Profiles of Everyday Executive Functioning in Young Children With Down Syndrome. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(4), 303-318. doi: 10.1352/1944-7558-119.4.303.
- De Boer, A., Pijl, J. e Minnaert, G. (2012). Attitudes of teachers, parents and pupils towards inclusive education an overview. *Pedagogische studien*, 89, 39–55.
- Montreal PAHO/WHO International Conference on Intellectual Disability (2004). Montreal Declaration on Intellectual Disabilities. Consultado em 25 de Fevereiro de 2016 do sítio: http://www.jaid.org.jm/membersdocs/declaration_eng.pdf
- Decreto-Lei n.º 10/2004 de 25 de agosto. Lei da Família - Assembleia da República. *Boletim da República*. 1.ª série – N.º 24. Moçambique.
- Decreto-Lei n.º 7/2008 de 9 de julho. Lei de Proteção e Promoção dos Direitos da Criança – Assembleia da República. *Boletim da República*. 1.ª série – N.º 28. Moçambique.
- Decreto-Lei n.º 8/2008 de 15 de julho. Lei da Organização Tutelar de Menores - Assembleia da República. *Boletim da República*. 1.ª série – N.º 28. Moçambique.
- Del Viva , M., Tozzi , A., Bargagna , S. e Cioni , G. (2015). Motion perception deficit in Down Syndrome. *Neuropsychologia*, 75, 214-220. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2015.06.005.
- Dickinson, D. e Tabors, P. (2001). *Beginning literacy with language*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Dornelas, L., Duarte, N. e Magalhães, L. (2015). Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(1), 88-103. doi: 10.1016/j.rpped.2014.04.009.
- Dornelas, L., e Magalhães, L. (2015). Desempenho funcional de escolares que receberam diagnóstico de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor até os dois anos. *Revista Paulista de Pediatria* doi: 10.1016/j.rpped.2015.05.004.
- Eck, M., Dallmeijer, A., Beckerman, H., Hoven, P., Voorman, J. e Becher, J. (2008). Physical Activity Level and Related Factors in Adolescents With Cerebral Palsy. *Pediatric Exercise Science*, 1(20), 95-106.
- Einfeld, S., Ellis, L., e Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(2), 137–143. doi: 10.1080/13668250.2011.572548.
- El Sharkawy, G., Newton, C. e Hartley, S. (2006). Attitudes and practices of families and health care personnel toward children with epilepsy in Kilifi, Kenya. *Epilepsy and Behavior*, 8(1), 201-212.
- Emerson, E., e Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *British Journal of Psychiatry*, 191, 493–499. doi: 10.1192/bjp.bp.107.038729.
- Erickson, A., Noonan, P., Zheng, C. e Brussow, J. (2015). The relationship between self-determination and academic achievement for adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 45-54. doi: 10.1016/j.ridd.2014.09.008.
- Eskay, M., Onu, C., Igbo, N., Obiyo, N. e Ugwuany, L. (2012). Disability Within the African Culture. *US-China Education Review*, 473-484.

- Esposito, P., MacDonald, M., Hornyak, J. e Ulrich, D. (2012). Physical Activity Patterns of Youth with Down Syndrome. *Intellectual and developmental disabilities*, 50(2), 109-119. doi: 10.1352/1934-9556-50.2.109.
- Estevão, V., Marques, S., Pacheco, M. e Santos, S. (in press). O Género e as Atitudes face à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*.
- European Forum of Psychomotricity (EFP, 2015). *Statutes – Preamble*. Obtido a 21 de outubro de 2015, em <http://psychomot.org/efp/statutes/>.
- Fakolade, O., Adrniyi, S. e Tella, A. (2009). Attitude of teachers towards the inclusion of special needs children in general education classroom: the case of teachers in some selected schools in Nigeria. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 1(3), 155-169.
- Fernandes, E. e Pinho, C. (2007). *Neuropsicomotricidade, desenvolvimento humano e aprendizagens saudáveis*. Edipanta Editora.
- Ferrara, K., Burns, J. e Mills, H. (2015). Public Attitudes Toward People With Intellectual Disabilities After Viewing Olympic or Paralympic Performance. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 32, 19-33. doi: 10.1123/apaq.2014-0136.
- Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.
- Ferreira, J. (2006). Principais benefícios do exercício e da prática desportiva regular em grupos com necessidades especiais. *Horizonte*, 21(126), 1-8.
- Fidler, D., Most, D. e Philofsky, A. (2008). The Down syndrome behavioural phenotype: Taking a developmental approach. *Down Syndrome Research and Practice*. doi:10.3104/reviews.2069.
- Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(1), 29-38.
- Findler L., Vilchinsky N. e Werner S. (2007). The Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities (MAS): construction and validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50(3), 166-76. doi: 10.1177/00343552070500030401.
- Flore, L. e Milunsky, J. (2012). Updates in the Genetic Evaluation of the Child with Global Developmental Delay or Intellectual Disability. *Seminars Pediatric Neurology*, 19, 173-180. doi: 10.1016/j.spen.2012.09.004.
- Fock, R., Blatt, S., Beutler, B., Pereira, J., Tsujita, M., Barros, F. e Borelli, P. (2010). Study of lymphocyte subpopulations in bone marrow in a model of protein-energy malnutrition. *Nutrition* 26, 1021-8.
- Folostina, R., Duta, N. e Pravalici, A. (2013). The Attitudes Of Teachers Towards Integrating Students With Intellectual Disability In Regular Schools In Romania. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 141, 506-511. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.05.088.
- Fonseca, V. (1985). Dados para uma observação psicomotora – contributo para uma perspectiva terapêutica. In *Temas de Psicomotricidade 2 – observação psicomotora*. (p. 45-55). Cruz- Qubrada: Centro de documentação e informação – ISEF.
- Fonseca, V. (1989). Psicomotricidade e Psiconeurologia: introdução ao Sistema Psicomotor Humano (SPMH). *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, (1), 9-18.
- Fonseca, V. (2001a). Para uma epistemologia da Psicomotricidade. Em V. Fonseca, e R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (13-28). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2001b). *Psicomotricidade: Perspetivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade: uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade*, 3, 18-31.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. (2.^a edição). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2012). *Manual de observação psicomotora. Significação psiconeurológica dos fatores psicomotores*. (2.^a edição). Lisboa: Âncora Editora.

- Foo, L., Chow, J., Lai, M., Tsai, W., Tung, L., Kuo, M. e Lin, S. (2015). Genetic Evaluation of Children with Global Developmental Delay/Current Status of Network Systems in Taiwan. *Pediatrics and Neonatology*, 56, 213-219. doi: 10.1016/j.pedneo.2014.08.001.
- Francouer E., Ghosh H., Reynolds K. e Robins R. (2010). An international journey in search of diagnostic clarity: early developmental impairment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31, 338-340. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181dae25b.
- Freeman, L. e Miller, A. (2001). Norm-referenced, criterion-referenced, and dynamic assessment: What exactly is the point? *Educational Psychology in Practice*, 17, 3-16.
- Frey, C., Stanish, I. e Temple, A. (2008). Physical activity of youth with intellectual disability: Review and research agenda. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25, 95-117.
- Frías, V., Varela, O., Oropeza, J. e Bisiacch, B. (2010). Effects of prenatal protein malnutrition on the electrical cerebral activity during development. *Neuroscience Letters*, 482(3), 203-207. Doi: 10.1016/j.neulet.2010.07.033.
- Frimodt, L. (2004). Psicomotricidade na Europa. *A Psicomotricidade*, 3, 13-17.
- Fujiura, T., Park, J. e Rutkowski-Kmitta, V. (2005). Disability statistics in the developing world: A reflection on the meanings in our numbers. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(4), 295-304. doi: 10.1111/j.1468-3148.2005.00268.x
- Furmaga-Jablonska, W., Marzena Ulamek-Kozioł, M., Brzozowska, J., Tarkowska, A. e Pluta, R. (2014). Malnutrition in the 21st century. *Nutrition*, 30(2), 240-243. doi: 10.1016/j.nut.2013.06.003.
- Gaad, E. (2004). Cross-cultural perspectives on the effect of cultural. *International Journal of Inclusive Education*, 8(3), 311-328. doi: 10.1080/1360311042000194645.
- Gathercole, E. e Alloway, P. (2006). Practitioner review: Short-term and working memory impairments in neurodevelopmental disorders: Diagnosis and remedial support. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 4-15.
- Gerenser, J e Forman, B. (2007). Speech and Language Deficits in children with Developmental Disabilities. In Jacobson, W., Mulick, A. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (563-579). New York: Springer Science e Business Media.
- Gilmore L., Campbell J. e Cuskelly M. (2003) Developmental expectations, personality stereotypes, and attitudes towards inclusive education: community and teacher views of Down syndrome. *International Journal of Disability, Development and Education* 50(1), 65-76.
- Gladstone, M., Mallewa, M., Jalloh, A., Voskuil, W., Postels, D., Groce, N., Kera, M. e Molyneux, E. (2014). Assessment of Neurodisability and Malnutrition in Children in Africa. *Seminars Pediatric Neurology*, 21, 50-57. doi: 10.1016/j.spen.2014.01.002.
- Gonçalves, T. e Lemos, M. (2014). Personal And Social Factors Influencing Students' Attitudes Towards Peers With Special Needs. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 112, 949-955. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.1253.
- Gonzalez-Aguero, A., Vicente-Rodriguez, G., Moreno, A., Guerra-Balic, M., Ara, I., Casajus, A. (2010). Health-related physical fitness in children and adolescents with Down syndrome and response to training. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 716-724. doi: 10.1111/j.1600-0838.2010.01120.x.
- Gonzalez-Torres, M., Gavia-Garcia, G. e Najera-Medina, O. (2014). Infant Malnutrition. *Pathobiology of Human Disease: A Dynamic Encyclopedia of Disease Mechanisms*, 527-541. doi: 10.1016/B978-0-12-386456-7.02016-5.
- Gopalan, S. (2000). Malnutrition: Causes, Consequences, and Solutions. *Nutrition*, 16 (7-8), 556-558.
- Gorla, I., Araújo, F. e Carminato, A. (2004). Avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 25(3), 133-147.

- Graham, K. (2007). Classification of cerebral palsy: the surgeon's perspective. *Developmental medicine and child neurology*, 49(109), 21-23. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12616.x.
- Grandis, E., Armelinib, P., e Cuestas, E. (2014). Evaluación de la calidad de vida en escolares con antecedentes de desnutrición temprana severa . *Anales de pediatría*, 81(6), 368-373. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.11.021
- Gresham, M., Sugai, G. e Horner, R. (2001). Interpreting Outcomes of Social Skills Training for Students With High-Incidence Disabilities. *Exceptional Children*, 67(3), 31- 44.
- Groce, N. (2004). Adolescents and youth with disability: issues and challenges. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15, 13–32.
- Guralnick, M., Connor, R. e Johnson , C. (2011). Peer-Related Social Competence of Young Children With Down Syndrome . *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(1), 48-64. doi: 10.1352/1944-7558-116.1.48.
- Hagberg, B., Hagberg, G., Beckung, E. e Uvebrant, P. (2001). Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year 1991/94. *Acta Paediatrica*, 90: 271–277.
- Hampton, Z. e Xiao, F. (2008) Psychometric properties of the mental retardation attitude inventory-revised in Chinese college students. *Journal of Intellectual Disability Research* 52(4), 299–308. doi: 10.1111/j.1365-2788.2007.01020.x.
- Hanandita, W. e Tampubolon, G. (2015). The double burden of malnutrition in Indonesia: Social determinants and geographical variations. *SSM - Population Health*, 1: 16-25. Doi: 10.1016/j.ssmph.2015.10.002.
- Harris, J. (2006). *Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Hassold , T. e Sherman, S. (2002). The origin and etiology of trisomy 21. In W. Cohen, L. Nadel e M. Madnick, *Down Syndrome visions for the 21st century* (p. 295-301). New York: Wiley-Liss, Inc.
- Hartley, S., Ojwang, P., Baguwemu, A., Ddamulira, M., e Chavuta, A. (2005). How do carers of disabled children cope? The Ugandan perspective. *Child: Care, Health & Development*, 31, 167-180.
- Hawli, Y., Nasrallah, M. e El-Hajj, G. (2009). Endocrine and musculoskeletal abnormalities in patients with Down syndrome. *Nature Reviews Endocrinology*, 5, 327–334. doi: 10.1038/nrendo.2009.80.
- Heath, A., e Bainbridge, N. (2000). *Bebé, Guia Ilustrado da Massagem: O Poder Calmante do Toque*. Porto: Civilização Editora.
- Henderson, S. e Sugden, D. (1992). *Movement assessment battery for children manual*. London: The Psychological Corporation Ltd.
- Henry, B., Duvdevani, I., Keys, B. e Balcazar, E. (2004). Attitudes of American and Israeli staff toward people with intellectual disabilities. *Mental Retardation*, 42(1), 26-36.
- Henry, D., Keys, C., Jopp, D. e Balcazar, F. (1996). The Community Living Attitudes Scale, Mental Retardation Form: development and psychometric properties. *Mental Retardation*, 34(3), 149-158.
- Hernandez-Reif, M., Field, T., Largie, S., Mora, D., Bornstein, J. e Waldman, R. (2006). Children with Down syndrome improved in motor functioning and muscle tone following massage therapy. *Early child development and care*, 176(3-4), 395-410.
- Hinchcliffe, A. (2007). What is cerebral palsy and how does it affect children?. In A. Hinchcliffe (Eds.), *Children with Cerebral Palsy: A Manual for Therapists, Parents and Community Workers* (p.10-18). New Delhi: Sage Publications.

- Horner-Johnson, W., Keys, C., Henry, D., Yamaki, K., Oi, F., Watanabe, K., Shimada, H. e Fugjimura, I. (2002). Attitudes of Japanese students toward people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 46(5), 365–78.
- Hultén, M., Patel, S., Tankimanova, M., Westgren, M., Papadogiannakis, N., Jonsson, A. e Iwarsson, E. (2008). On the origin of trisomy 21 Down syndrome. *Molecular Cytogenetics*, 1(21). doi:10.1186/1755-8166-1-21.
- Hunt, S. e Hunt, B. (2004). Changing attitudes toward people with disabilities: Experimenting with an educational intervention. *Journal of Managerial Issues*, 16(2), 266–280.
- Hutzler, Y. e Sherrill, C. (2007). Defining Adapted Physical Activity: international perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24, 1-20.
- Iacono, T., Torr, J. e Wong, H. (2010). Relationships amongst age, language and related skills in adults with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 568-576. Elsevier. doi:10.1016/j.ridd.2009.12.009.
- Iacono, T. e Cupples, L. (2004). Assessment of phonemic awareness and word reading skills of people with complex communication needs. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 47, 437–449.
- Iconaru, E. e Ciucurel, C. (2014). Developing social and civic competencies in people with intellectual disabilities from a family center through an adapted training module. *Social and Behavioral Sciences*, 116, 3303-3307. doi:10.1016/j.sbspro.2014.01.752.
- Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INE, 2010). *III Recenseamento Geral da População e Habitação*. Moçambique.
- Irmãs Hospitaleiras (2015a). *Irmãs Hospitaleiras. Quem Somos Instituto*. Lisboa. Obtido em 10 de janeiro de 2015 de <http://www.irmashospitaleiras.pt/quem-somos-instituto>.
- Irmãs Hospitaleiras (2015b). *Irmãs Hospitaleiras: Quem somos: Missão, visão e valores*. Lisboa. Obtido em 14 de agosto de 2015, de <http://www.irmashospitaleiras.pt/quem-somos-instituto/missao-visao-valores-instituto>.
- Irmãs Hospitaleiras (2015c). *Irmãs Hospitaleiras. Missão Assistencial: Serviços de Saúde*. Lisboa. Obtido em 14 de agosto de 2015, de <http://www.irmashospitaleiras.pt/missao-assistencial-instituto/servicos-de-saude>.
- Irmãs Hospitaleira (2015d). *Irmãs Hospitaleiras. Missão África - Moçambique*. Lisboa. Obtido em 10 de janeiro de 2015, de <http://www.irmashospitaleiras.pt/missao-africa/Moçambique>.
- Irmãs Hospitaleiras (2015e). *Irmãs Hospitaleiras. Missão Assistencial: Modelo Hospitaleiro*. Lisboa. Obtido em 14 de agosto de 2015 de <http://www.irmashospitaleiras.pt/missao-assistencial-instituto/modelo-hospitaleiro>.
- Irmãs Hospitaleiras (2016). *Manual de Apresentação do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas*.
- Jacobson, W., Mulick, A. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media.
- Jarrold, C., Baddeley, A. e Phillips, C. (2002). Verbal short-term memory in Down syndrome: A problem of memory, audition, or speech? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 531–544.
- Jesson, J. e Leroy, V. (2015). Challenges of malnutrition care among HIV-infected children on antiretroviral treatment in Africa. *Médecine et maladies infectieuses*, 45, 149-156. doi: 10.1016/j.medmal.2015.03.002.
- Jimenez-Gomez, A. e Standridge, S. (2014). A refined approach to evaluating global developmental delay for the international medical community. *Pediatric Neurology*, 51, 198-206. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2013.12.018.

- Jones, J. (2012). Factors Associated With Self-Concept: Adolescents With Intellectual and Development Disabilities Share their Perspectives. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(1), 31-40. doi: 10.1352/1934-9556-50.1.31.
- Jones, J., Ouellette-Kuntz, H., Vilela, T. e Brown, H. (2008). Attitudes of community developmental services agency staff toward issues of inclusion for individuals with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice Intellectual Disabilities*, 5(4), 219-26. doi: 10.1111/j.1741-1130.2008.00183.x.
- Jorm, F. e Oh, E. (2009). Desire for social distance from people with mental disorders: A review. *Australian New Zealand Journal Psychiatry*, 43, 183–200. doi: 10.1080/00048670802653349.
- Kanno, K. e Ikeda, Y. (2002). Short-term memory for verbal and visuospatial information in youth with Down syndrome. *Japanese Journal of Special Education*, 39, 57–63. doi: 10.1080/135468097396351.
- Kerac, M., Postels, D., Mallewa, M., Jalloh, A., Voskuil, W., Groce, N., Gladstone, M. e Molyneux, E. (2014). The Interaction of Malnutrition and Neurologic Disability in Africa. *Seminars Pediatric Neurology*, 21, 42-49. doi: 10.1016/j.spen.2014.01.003.
- Khazaleh, A. e Al-Khateeb, J. (2011). Social and emotional skills for children with learning disabilities. *Dirasat*, 38, 372-389.
- Kirk, H., Gray, K., Riby, D. e Cornish, K. (2015). Cognitive training as a resolution for early executive function difficulties in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 145-160. doi: 10.1016/j.ridd.2014.12.026.
- Kisanji, J. (1995). Interface Between Culture and Disability in the Tanzanian Context: Part I. *International Journal of Disability, Development and Education*, 42(2), 93-108. doi: 10.1080/0156655950420202.
- Koman, L., Smith, B. e Shilt, J. (2004). Cerebral Palsy. *Lancet*, 363(9421), 1619-1631. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16207-7.
- Krageloh-Mann, I. e Cans, C. (2009). Cerebral palsy update. *Brain & Development*, 31, 537–544. doi:10.1016/j.braindev.2009.03.009.
- Kramer, C. e Allen, S. (2015). Malnutrition in developing countries. *Paediatrics and child health*, 25(9), 422-427. doi: 10.1503/cmaj.050342.
- Krigger, K. W. (2006). Cerebral palsy: an overview. *American Family Physician*, 73(1), 91-100.
- Kromberg, J., Zwane, E., Manga, P., Venter, A., Rosen, E., e Christianson, A. (2008). Intellectual Disability in the Context of a South African Population. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(2), 89-95. doi:10.1111/j.1741-1130.2008.00153.x.
- Laat, S., Freriksen, E. e Vervloed, M. (2013). Attitudes of children and adolescents toward persons who are deaf, blind, paralyzed or intellectually disabled. *Research in Developmental Disabilities*, 34(2), 855-863. doi: 10.1016/j.ridd.2012.11.004.
- Lambert, N., Nihira, K. e Leland, H. (1993). *AAMR – Adaptive Behaviour Scale- School: Examiner’s Manual* (2.º edição). Austin, Texas. Pro-ed.
- Lanfranchi, S., Aventaggiato, F., Jerman, O. e Vianello, R. (2015). Numerical skills in children with Down syndrome. Can they be improved?. *Research in Developmental Disabilities*, 45-46, 129-135. doi: 10.1016/j.ridd.2015.07.006.
- Lanfranchi, S., Baddeley, A., Gathercole, S. e Vianello, R. (2012). Working memory in Down syndrome: Is there a dual task deficit? *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(2), 157–166. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01444.x.
- Lanfranchi, S., Jerman, O., Dal Pont, E., Alberti, A. e Vianello, R. (2010). Executive function in adolescents with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(4), 308–319. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01262.x.

- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., e Roessler, W. (2003). Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archive Psychiatry Clinical Neuroscience*, 253, 248–251.
- Lawrence, G., Reilly, N., Mottram, T., Khan, M. e Elliott, D. (2013). Sequential aiming movements and the one-target advantage in individuals with Down syndrome. *Research Developmental Disabilities*, 34(11), 3858-3866. doi: 10.1016/j.ridd.2013.08.006.
- Lee, R., Fidler, J., Blakeley-Smith, A., Daunhauer, L., Robinson, C. e Hepburn, S. (2011). Caregiver-report of executive functioning in a population-based sample of young children with Down syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(4), 290–304. doi:10.1352/1944-7558-116.4.290.
- Levitt, S. (2001). *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor*. Manole.
- Liptak, G. e Accardo, P. (2004). Health and social outcomes of children with cerebral palsy. *Journal Pediatric*, 145(2), 36-41.
- Loforte, A. M. (2002). *A produção de identidades étnicas em meio urbano*. A. C. Gonçalves e R. Centeno (Eds.). *As Ciências Sociais nos Espaços de Língua Portuguesa: Balanços e desafios: actas* Porto : Universidade do Porto. Faculdade de Letras <http://hdl.handle.net/10216/21182>
- Lott, I. (2012). Neurological phenotypes for Down syndrome across the life span. *Progress in Brain Research*, 197, 101-121. doi:10.1016/B978-0-444-54299-1.00006-6.
- Lott, I., e Dierssen, M. (2010). Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down's syndrome. *Lancet Neurology*, 9, 623-633. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70112-5.
- Lott, T. e Head, E. (2005). Alzheimer disease and Down syndrome: Factors in pathogenesis. *Neurobiology of Aging*, 26, 383–389.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, E., Coulter, L., Craig, M., Reeve, A., Schalock, L., Snell, A., Spitalnik, M., Spreat, S., e Tassé, J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Lujic L., Bosnjak M., Delin S., Duranovic V. e Krakar G. (2011). Infantile spasms in children with Down syndrome. *Collegium Antropologicum*, 35 (Suppl. 1), 213–218.
- Maart, S., Eide, H., Jelsma, J., Loeb, E. e Toni, M. (2007). Environmental barriers experienced by urban and rural disabled people in South Africa. *Disability & Society*, 22(4), 357-369. doi:10.1080/09687590701337678.
- Madhavan, T., Menon, K., Kumari, S., e Kalyan, M. (1990). Mental retardation awareness in the community. *Indian Journal of Disability & Rehabilitation*, 4, 9–21.
- Mamboleo, G. (2011). Predictors of attitudes toward disability and employment policy concerns among undergraduate students at the University of Nairobi [Dissertação de Doutorado]. Universidade de Arizona, Tucson, Arizona.
- Mansur, S. e Marcon, A. (2006). Perfil motor de crianças e adolescentes com deficiência mental moderada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(3), 9-15.
- Mantovani, J. (2007). Definition and classification of CP: medical-legal and service implications. *Developmental medicine and child neurology*, 49(109), 42. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12628.x.
- Marotta, L., Viezzoli, D. e Vicari, S. (2006). Le abilità numeriche e di calcolo nella Disabilità Intellettiva [Numerical and calculation abilities in intellectual disability]. *Psicologia dell'Eta` Evolutiva*, 129, 71–78. doi: 10.1016/j.ridd.2015.07.006.
- Martínez, B., e García, M. (2008). Psychomotor development in children with Down syndrome and physiotherapy in early intervention. *International Medical Journal on Down Syndrome*, 12(2), 28-32.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Realcional. Em V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Masri, A., Hamamy, H. e Khreisat, A. (2011). Profile of developmental delay in children under five years of

- age in a highly consanguineous community: A hospital-based study – Jordan. *Brain & Development*, 33, 810-815. doi:10.1016/j.braindev.2010.12.002.
- Matos, M. (2008). *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa: Edições CDI/FMH.
- McCabe, R. e Priebe, S. (2004). Explanatory models of illness in schizophrenia: Comparison on four ethnic groups. *British Journal Psychiatry*, 185: 25–30.
- McCaughey, J. e Strohmer, C. (2005). Prototypes as an indirect measure of attitudes toward disability groups. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 48(2), 89–99. doi: 10.1177/00343552050480020301.
- McDonald, L. E Rennie, A. (2011). Investigating developmental delay/impairment. *Paediatrics and Child Health*, 21(10), 443 – 447.
- McEvoy, S. e Keenan, E. (2014). Attitudes towards People with Disabilities – what do people with intellectual disabilities have to say? *British Journal of Learning Disabilities*, 42(3), 221-227. doi: 10.1111/bld.12032.
- Mckenzie, J., McConkey, R. e Adnams, C. (2013). Intellectual disability in Africa: implications for research and service. *Disability Rehabilitation*, 35(20), 1750-1755. doi:10.3109/09638288.2012.751461.
- Mclaughlin, J. (2007). Definition of cerebral palsy: clinical perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(109), 27-28. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12620.x.
- Mees-Christeller, E. (2009). *Arte curativo y curación artística*. Madrid: arteterapiaelpuente publicaciones.
- Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano (2013). *Departamento de Educação Especial*. República de Moçambique. Obtido em 14 de junho de 2016 de <http://www.mec.gov.mz/DN/DIEE/Pages/default.aspx>.
- Mir, G., Nocon, A., Ahmad, W. e Jones, L. (2001). *Learning difficulties & ethnicity*. London: Department of Health.
- Mirza, I., Tareen, A., Davidson, L. e Rahman, A. (2009). Community management of intellectual disabilities in Pakistan: a mixed methods study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(6), 559-570.
- Monedero, J., Cuesta, C. e Angulo B. (2014). Social image of disability. Vulnerability of the dignity of women with disability and social exclusion contexts. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 161, 115-120. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.019.
- Morais, A., Novais, R. e Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 5, 41-49.
- Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A mudança de paradigma na conceção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55.
- Morin, D., Crocker, G., Beaulieu-Bergeron, R. e Caron, J. (2013). Validation of the attitudes toward intellectual disability- ATTID questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(3), 268–278. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01559.x.
- Morin, D., Rivard, M., Boursier, P., Crocker, G. e Caron, J. (2015). Norms of the Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(5), 462-467. doi: 10.1111/jir.12146.
- Morin, D., Rivard, M., Crocker, G., Boursier, P. e Caron, J. (2013). Public attitudes toward intellectual disability: A multidimensional perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(3), 279–292. doi: 10.1111/jir.12008.
- Morris, C. (2007). Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology* 109, 3-7. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.00201.xf.
- Mukolo, A., Heflinger, A. e Wallston, K. (2010). The stigma of childhood mental disorders: A conceptual framework. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4(2), 92-103.
- Mulatu, M. (1999). Perceptions of Mental and Physical Illness in North-Western Ethiopia. *Journal of Health Psychology*, 4(4), 531-549. doi: 10.1177/135910539900400407.

- Mung'omba J. (2008). Comparative policy brief: status of intellectual disabilities in the Republic of Zambia. *Journal of Policy and Practice Intellectual Disability*, 5(2), 142–44. doi:10.1111/j.1741-1130.2008.00163.x.
- Muñoz, J., Blasco, G., e Suárez, M. (1997). Deficientes Motores II: Paralisia cerebral. In R. Bautista (Ed.), *Necessidades Educativas Especiais* (p.293-315). Lisboa: Dinalivro.
- Musa, T., Musa, H., Ali, E. e Musa, N. (2014). Prevalence of malnutrition among children under five years old in Khartoum State, Sudan. *Polish Annals of Medicine*, 21, 1-7. doi: 10.1016/j.poamed.2014.01.001.
- Nações Unidas (2009). Africa Review Report on Transport. *Sixth Session of the Committee on Food Security and Sustainable Development Regional Implementation Meeting for the Eighteenth Session of the Conference on Sustainable Development*. 27-30. Addis Ababa, Ethiopia. Obtido em 16 julho, 2016 de http://www.un.org/esa/dsd/csd/csd_pdfs/csd-18/rims/AfricanReviewReport-on-TransportSummary.pdf
- National Disability Authority (NDA, 2007). *Literature Review on Attitudes Towards Disability*. Dublin. Obtido em 10 de janeiro de 2016 de <http://www.ucd.ie/issda/static/documentation/nda/nda-literature-review.pdf>.
- Nickel, R. e Petersen, M. (2008). Cerebral Palsy. In M. Nolraich, P. Dworkin, D. Drotar, & E. Perrin (Eds.), *Developmental-Behavioral Pediatrics: Evidence and Practice* (p. 483-485). Filadélfia: Mosby Elsevier.
- Novais, R. (2004). *Psicomotricidade e relaxação na equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. A Psicomotricidade*, 4: 103-111.
- Okunrotifa, E. (1988). Handicapped students and educational services: Students' attitudes and awareness. *Nigerian Journal of Counselling and Development*; 2, 34-39.
- Olaleye, A., Ogundele, O., Deji, S., Ajayi, O., Olaleye, O. e Adeyanju, T. (2012). Attitudes of Students towards Peers with Disability in an Inclusive School in Nigeria. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 23(3), 65-75. doi 10.5463/DCID.v23i3.136.
- Omiegbé, O. (2001). Superstitious beliefs associated with the handicapped in Africa. In A. O. Orubu (Ed.), *African traditional religion (a book of selected readings)* (p. 62-72). Benin City, Nigeria: Institute of Education University of Benin.
- Omoniyi, M. (2014). Parental Attitudes towards Disability and Gender in the Nigerian Context: implications for Counselling. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(20), 2255-2260. doi: 10.5901/mjss.2014.v5n20p2255.
- World Health Organization (WHO, 1996). *Psychosocial Rehabilitation - a consensus statement*. Geneva.
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade*.
- World Health Organization (WHO, 2007). *Intellectual Disability – A Manual for CBR Workers*. Mental Health and Substance Abuse Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health. New Delhi. Obtido em 25 de novembro de 2015 de http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B0759.pdf - em 9 de outubro de 2015.
- World Health Organization (WHO, 2011). *World Report on Disability*. Geneva.
- Organização das Nações Unidas (ONU, 1948). *Declaração Universal das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos*. Paris.
- Organização das Nações Unidas (ONU, 2013). *Relatório Sobre os Objectivos de Desenvolvimento de Milénio*. Nova Iorque. Obtido a 15 de dezembro de 2015 de <https://www.unric.org/html/portuguese/mdg/MDG-PT-2013.pdf>.
- Organização das Nações Unidas (ONU, 2006). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. New York.

- Ouellette-Kuntz, H., Burge, P., Brown, K. e Arsenault E. (2010) Public attitudes towards individuals with intellectual disabilities as measured by the concept of social distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 23(2), 132–142. doi: 10.1111/j.1468-3148.2009.00514.x.
- Ouellette-Kuntz, H., Burge, P., Cleaver, S., Isaacs, B., Lunsy, Y., Jones J. e Hastie, R. (2012). Attitudes of medical clerks toward persons with intellectual disabilities. *Canadian Family Physician*, 58(5), 282-288.
- Ozmen, M., Tatli, B., Aydinli, N., Caliskan, M., Demirkol, M. e Kayserili, H. (2005). Etiologic evaluation in 247 children with global developmental delay at Istanbul, Turkey. *Journal of Tropical Pediatrics*, 51, 310 - 313.
- Palisano, R., Snider, L. e Orlin, M. (2004). Recent Advances in Physical and Occupational Therapy for Children with Cerebral Palsy. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11(1), 66-77.
- Panek, E. e Jungers, K. (2008) Effects of age, gender, and causality on perceptions of persons with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities* 29(2), 125–132.
- Parashar, D., Chan, F. e Leierer, S. (2008). Factors influencing Asian Indian Graduate Students' Attitudes Toward People With Disability: A Conjoint Analysis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51, 229 – 239. doi:10.1177/0034355207311317.
- Parker, E., Mai, T., Canfield, A., Rickard, R., Wang, Y., Meyer, E., ... Correa, A. (2010). Updated national birth prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004–2006. *Birth Defects Research (Part A): Clinical and Molecular Teratology*, 88, 1008–1016. doi:10.1002/bdra.20735.
- Parri, P., Segurola, H., Villatoro, M., Goday, A. e Parri, F. (2012). Extreme malnutrition in an infant of Ethiopian origin with Down's syndrome. *International medical review on down's syndrome*, 16(2), 26-28.
- Paterson, S. J., Girelli, L., Butterworth, B. e Karmiloff-Smith, A. (2006). Are numerical impairments syndrome specific? Evidence from Williams syndrome and Down's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 190–204.
- Patka, M., Keys, C., Henry, D., e McDonald, K. (2013). Attitudes of Pakistani Community Members and Staff Toward People with Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 118(1), 32-43. doi: 10.1352/1944-7558-118.1.32.
- Pennington F., Moon J., Edgin J., Stedron J. e Nadel L. (2003). The neuropsychology of Down syndrome: evidence for hippocampal dysfunction. *Child Development*, 74, 75–93.
- Petersen, M., Kube, D., e Palmer, F. (1998). Classification of Developmental Delays. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5(1), 2-14.
- Pettigrew, F. e Tropp, R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751–783. doi:10.1037/0022-3514.90.5.751.
- Phillips, A., Conners, F., Merrill, E. e Klinger, M. (2014). Rule-Based Category Learning in Down Syndrome. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(3), 220-234. doi: 10.1352/1944-7558-119.3.220.
- Picker, D. e Walsh, A. (2013). New innovations: Therapeutic opportunities for intellectual disabilities. *Annals of Neurology*, 74, 382–390. doi: 10.1002/ana.24002.
- Picot J., Hartwell D., Harris P., Mendes D., Clegg A. e Takeda A. (2012). The effectiveness of interventions to treat severe acute malnutrition in young children: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 16(1), 1-316. doi: 10.3310/hta16190.
- Pillay AL. (2003). Social competence in rural and urban children with mental retardation: preliminary findings. *South Africa Journal of Psychology*, 33(3), 176–181. doi: 10.1177/008124630303300306.
- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52.
- PNAD II (2012). *Plano Nacional da Área da Deficiência – PNAD II 2012 – 2019*. República de Moçambique. Maputo, Moçambique.

- Portal do Governo de Moçambique (2015a). *População*. Obtido em 27 de outubro de 2015, de Portal do Governo de Moçambique: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Populacao>.
- Portal do Governo de Moçambique (2015b). *Geografia de Moçambique: Províncias e Distritos*. Obtido em 27 de outubro de 2015, de Portal do Governo de Moçambique: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Geografia-de-Mocambique/Provincias-e-Distritos>.
- Powell, L., Barlow, J., e Cheshire, A. (2006). The Training and Support Programme for parents of children with cerebral palsy: a process evaluation. *Complementary therapies in clinical practice*, 12(3), 192-199. doi: 10.1016/j.ctcp.2006.02.006.
- Prasher, V., Glenn, S., Cunningham, C., Arshad, H., Glenholmes, P. e Kirby, A. (2014). Health morbidity and access to services by young adults with Down syndrome. *International journal of developmental disabilities*, 60(1), 26-34. doi: 10.1179/204738713X.13673354444083.
- Pruett R. e Chan F. (2006) The development and psychometric validation of the Disability Attitude Implicit Association Test. *Rehabilitation Psychology* 51(3), 202–13. doi: 10.1037/0090-5550.51.3.202.
- Rachidi , M. e Lopes , C. (2007). Mental Retardation and Human Chromosome 21 Gene Overdosage: From Functional Genomics and Molecular Mechanisms Towards Prevention and Treatment of the Neuropathogenesis of Down Syndrome . In C. J., *Genomics, Proteomics, and the Nervous System*, Advances in Neurobiology 2. Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-7197-5_2.
- RACP (2015/16). *Regulamento de Aprofundamento das Competências Profissionais*. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Ratz, C. e Lenhard , W. (2013). Reading skills among students with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1740-1748. doi: 10.1016/j.ridd.2013.01.021.
- Ravim e Handicap Internacional Moçambique (2010). *As pessoas com deficiência em Maputo e Matola - Representação social da Deficiência; Situação socioeconómica; Condições de acesso aos serviços sanitários e sociais; Sistema de actores locais*. Maputo, Moçambique.
- Raynard, F. (1994). *Redonner vie au mouvement*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- República de Moçambique (2004). Constituição da República de Moçambique. Obtido a 10 de novembro de 2015 de <http://www.mozambique.mz/pdf/constituicao.pdf>.
- Reus, A. (2010). *Attitudes Towards Disability in a Rural Area in South Africa. Studies of Special education in the Family and at School. (Tese de Mestrado da Escola Superior de Educação e Desenvolvimento Infantil, não publicada)*. Universidade de Amesterdão.
- Rigoldi, C., Galli , M., Mainardi , L., Crivellini, M. e Albertini , G. (2011). Postural control in children, teenagers and adults with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 170-175. Elsevier. doi:10.1016/j.ridd.2010.09.007.
- Rintala, P. e Loovis, E. (2013). Measuring motor skills in Finnish children with Intellectual Disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 116, 294-303. doi: 10.2466/25.10.PMS.116.1.294.303.
- Rizzo, L. e Vispoel, P. (1992). Changing attitudes about teaching students with handicaps. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 9(1), 54-63.
- Rodrigues, L. (2010). *Desenho, criação e consciência*. Editora Bicho-do-Mato.
- Rollet, S., Gray, E., Previl, H. e Forrester, J. (2014). Prevalence of malnutrition in children under five and school-age children in Milot Valley, Haiti. *Public Health*, 128, 1094-1098. doi: 10.1016/j.puhe.2014.10.002.
- Rosario-Montejo, O., Molina-Rueda, F., Muhnoz-Lasa, S. e Alguacil-Diego, I. (2015). Effectiveness of equine therapy in children with psychomotor impairment. *Neurologia*, 30, 425-432.

- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B. e Jacobsson, B. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 109(8), 8-14. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x.
- Russel, J., Rosenbaum, L., Cadman, T., Gowland, C., Hardy, S. e Jarvis, S. (1989). The Gross Motor Function Measure: a means to evaluate the effects of physical therapy. *Developmental Medicine Child Neurology*, 31, 341-352.
- Salvia, J., Ysseldyke, J., e Bolt, S. (2010). *Assessment in special and inclusive education (11th edition)*. Wadsworth Cengage Learning.
- Sankar, C. e Mundkur, N. (2005). Cerebral palsy-definition, classification, etiology and early diagnosis. *The Indian Journal of Pediatrics*, 72(10), 865-868.
- Santos, S. (2010). A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental na Actualidade. Educação Inclusiva – *Revista da Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial*, 1(2), dossier temático.
- 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.
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial. Porto Editora.
- Santos, S. e Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa.(documento não publicado)*.
- 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. (2008). Dificuldades intelectuais, comportamento adaptativo e sistema de apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 15, 7-14.
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). A Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (p.83-100). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). 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* (101-120). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. e Morato, P. (2012c). O Comportamento Adaptativo em Portugal. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. pp. 19- 33. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Santos, S. e Santos, S. (2007). Comportamento Adaptativo e Qualidade de Vida nas Crianças com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 57-67.
- Santos, S. (2007) - *Estudo psicométrico da escala de comportamento adaptativo versão portuguesa (ECAP)*. Tese de Doutoramento. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.
- Sargent, W. (1988). *Body skills: A motor development curriculum for children: manual*. Circle Pines, Minn.: American Guidance Service.
- Saunders, J., Smith, T. e Stroud, M. (2014). Malnutrition and undernutrition. *Medecine*, 43(2), 112-118. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2010.10.007>.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx Wil H.E., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... Yeager, M. H. (2010). *Intellectual Disability - Definition, Classification, and Systems of Supports (11^a Edição)*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Washington.
- Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R., Felce, D., Matikka, K. e Parmenter, T. (2002). Conceptualizations, Measurement and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457-470.

- Schalock, R., Buntinx, W., Borthwick-Duffy, S., Luckasson, R., Snell, M., Tassé, M., e Wehmeyer, M. (2007a). *User's Guide: Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Supports - 10th edition*. Washington DC: AAIDD.
- Schalock, R., Luckasson, R. e Shogren, K. (2007b). Perspectives: The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 15(2), 116 - 124.
- Schoenmaker, C., Juffer, F., van IJzendoorn, M., van den Dries, L., Linting, M., van der Voort, A. e Bakermans-Kranenburg, M. (2015). Cognitive and health-related outcomes after exposure to early malnutrition: The Leiden longitudinal study of international adoptees. *Children and Youth Services Review*, 48, 80-86. doi: 10.1016/j.chidyouth.2014.12.010.
- Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: a systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2164–2182. doi: 10.1016/j.ridd.2011.07.005.
- Scior, K., Hamid, A., Mahfoudhi, A. e Abdalla F. (2013). The relationship between awareness of intellectual disability, causal and intervention beliefs and social distance in Kuwait and the UK. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3896-3905. doi: 10.1016/j.ridd.2013.07.030.
- Scior, K., Kan, Y., McLoughlin, A. e Sheridan, J. (2010). Public attitudes toward people with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48(4), 278–289. doi: 10.1352/1934-9556-48.4.278.
- Seewooruttun, L. e Scior, K. (2014). Interventions aimed at increasing knowledge and improving attitudes towards people with intellectual disabilities among lay people. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 3482-3495. doi: 10.1016/j.ridd.2014.07.028.
- Sherbinin, A. (2011). The biophysical and geographical correlates of child malnutrition in Africa. *Population, Space and Place*, 17, 27-46. doi: 10.1002/psp.599.
- Sheridan, J. e Scior, K. (2013). Attitudes towards people with intellectual disabilities: A comparison of young people from British South Asian and White British backgrounds. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1240-1247. doi: 10.1016/j.ridd.2012.12.017.
- Shevell, M., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., Majnemer, A., Noetzel, M., Sheth, R. (2003). Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay. *Neurology*, 60, 367-380.
- Sinclair, M. (2005). *Pediatric Massage Therapy (2.ª edição)*. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Siperstein, G.N., Norins, J., Corbin, S., e Shriver, T. (2003). *Multinational study of attitudes toward individuals with intellectual disabilities: General Findings and Calls to Action*. Special Olympics.
- Smits-Engelsman, B. e Hill, E. (2012). The relationship between motor coordination and intelligence across the IQ range. *Pediatrics*, 130(4), 950-956. doi: 10.1542/peds.2011-3712.
- Somaily, H., Al-Zoubi, S., e Rahman, M. (2012). Parents of Students with Learning Disabilities Attitudes towards Resource Room. *International Interdisciplinary Journal of Education*, 1(1), 1-5.
- Sousa, J., Casanova, J., Pedroso, P., Mota, A., Gomes, A., Seiceira, F., Fabela, S. e Alves, T. (2007). *Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades – Uma Estratégia para Portugal*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- Srour, M., Mazer, B., Shevell, M. (2006) Analysis of clinical features predicting etiologic yield in the assessment of global developmental delay. *Pediatrics*, 118, 139 - 145.
- Stagni, F., Giacomini, A., Guidi, S., Ciani, E. e Bartesaghi, R. (2015). Timing of therapies for Down syndrome: the sooner, the better. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9(265), 1-18. doi: 10.3389/fnbeh.2015.00265.
- Stanley, F., Blair, E. e Alberman, E. (2000a). *Cerebral palsies: Epidemiology and causal pathways (1.ª edição)*. London: Mac Keith.

Steadward, R. Weeler, G. e Watkinson, E. (2003). *Adapted Physical Activity*. Canada: The University of Alberta Press.

Stone-MacDonald, A. e Butera, G. (2012). Cultural Beliefs and Attitudes about Disability in East Africa. *Review of Disability Studies: an International Journal*, 8(1), 66--77.

Strick L., Dum P. e Fiez A. (2009). Cerebellum and nonmotor function. *Annual Review of Neuroscience*, 32, 413–34. doi: 10.1146/annurev.neuro.31.060407.125606.

Sukhodolsky, D. e Butter, E. (2007). Social skills training for children with Intellectual Disabilities. In W. Jacobson, A. Mulick e J. Rojahn (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities (601-618)*. New York: Springer Science e Business Media.

Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (2015). *SCPE Classification for Cerebral Palsy: Based on Clinical Features*.

Tachibana T. (2006) Attitudes of Japanese adults toward persons with intellectual disability: effect of perceptions concerning intellectual disability. *Education and Training in Developmental Disabilities* 41(1), 58–69.

Tang, M., Lin, C., Lin, W. e Chen, C. (2011). The effect of adding a home program to weekly institutional-based therapy for children with undefined developmental delay: A pilot randomized clinical trial. *Journal of the Chinese Medical Association*, 74, 259-266.

Tarini, B., Zikmund-Fisher, B., Saal, H., Edmondson, L. e Uhlmann, W. (2015). Primary Care Providers' Initial Evaluation of Children with Global Developmental Delay: A Clinical Vignette Study. *Journal of Pediatrics*, 167(6), 1404-1408. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.08.065.

Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, et al. (2004). *Supports Intensity Scale Users Manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Thompson, J., Bradley, V., Buntix, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M. e Wehmeyer, M. com Borthwick-Duffy, S., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M., Verdugo, M. e Yeager, M. (2009). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 47(2), 135-146.

Tsai, S., Chang, Y., Tarini, B., Zikmund-Fisher, B., Saal, H., Edmondson, L. e Uhlmann, W. (2015). Primary care provider's initial evaluation of children with global developmental delay: a clinical vignette study. *The Journal of Pediatrics*, 167(6), 1404-1408. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.08.065.

Tsao, R., Fartoukh, M. e Barbier, M. L. (2011). Handwriting in adults with Down syndrome. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36, 20–26. doi: 10.3109/13668250.2010.548318.

Tupper, D. e Sondell, S. (2004). Motor Disorders and Neuropsychological Development. In D. Dewey e D. Tupper, *Developmental Motor Disorders: A Neuropsychological Perspective* (p. 3-25). New York: The Guilford Press.

UNAIDS, OMS e OHCHR. (2009). Disability and HIV policy brief. Obtido em 15 de setembro de 2015, de http://www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf.

UNICEF Moçambique (2014a). *A Mudança Acontece - Histórias de vida e Estudos de caso que visam estimular o reforço da família e impulsionar o desenvolvimento de um sistema integrado de protecção da criança, em Moçambique*. Maputo, Moçambique: UNICEF Moçambique; Ministério da Mulher e da Ação Social - República Moçambique.

UNICEF Moçambique (2014b). *Situação das Crianças em Moçambique 2014*. Maputo, Moçambique.

UNICEF/Handicap International Mozambique. (2015). *Fair'n Square: a fair ande qual world for all children*. Obtido em 27 de outubro de 2015 de <http://fairsquareunicef.org.mz/solutions>.

UNICEF/WHO/World Bank (2012). *UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates*. New York, USA/Geneva, Switzerland/Washington DC, USA.

- Valente, P., Santos, S. e Morato, P. (2011). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 15, 10-23.
- Van der Vegt, E., Van der Ende, J., Ferdinand, R.F., Verhulst, F.C. e Tiemeier, H. (2009). Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: Evidence for long lasting effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 239–249. doi: 10.1007/s10802-008-9272-2.
- Vasconcelos, R., Moura, T., Campos, T., Lindquist, A. e Guerra, R. (2009). Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13 (5), 390-397. doi: 10.1590/S1413-3555200900500005.
- Verdonschot, L., de Witte, P., Reichrath, E., Buntinx, E. e Curfs, G. (2009). Community participation of people with an intellectual disability: A review of empirical findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(4), 303–318. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01144.x.
- Vicari, S., Caselli, C. e Tonucci, F. (2000). Asynchrony of lexical and morphosyntactic development in children with Down syndrome. *Neuropsychologia*, 38, 634–644.
- Vignes, C., Godeau, E., Sentenac, M., Coley, N., Navarro, F., Grandjean, H., Arnaud, C. (2009). Determinants of students' attitudes towards peers with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51(6), 473–479. doi: 10.1111/j.1469-8749.2009.03283.x.
- Vilchinsky, N. e Findler, L. (2004). Attitudes towards Israel's equal rights for people with disabilities law: a multiperspective approach. *Rehabilitation Psychology*, 49(4), 309-316.
- Vrijmoeth, C., Monbaliu, E., Lagast, E. e Prinzie, P. (2011). Behavioral problems in children with motor and intellectual disabilities: Prevalence and associations with maladaptive personality and marital relationship. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1027-1038.
- Vuijk, P.; Hartman, E.; Scherder, E. e Visscher, C. (2010). Motor Performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*. 54 (part 11), 955-965. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x.
- Warner, R. (1999). The views of Bangladeshi parents on the special school attended by their young children with severe learning difficulties. *British Journal of Special Education*, 26(4), 218-223.
- Werner, S. (2015). Public stigma and the perception of rights: Differences between intellectual and physical disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 262-271. doi: 10.1016/j.ridd.2014.12.030.
- Werner, S., Corrigan, P., Ditchman, N., e Sokol, K. (2012). Stigma and intellectual disability: A review of related measures and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 748–765. doi:10.1016/j.ridd.2011.10.009.
- Wilson, C. e Scior, K. (2014). Attitudes towards individuals with disabilities as measured by the Implicit Association Test: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 35(2), 294–321. doi: 10.1016/j.ridd.2013.11.003.
- Wingerden, E., Segers, E., van Balkom, H. e Verhoeven, L. (2014). Cognitive and linguistic predictors of reading comprehension in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 3139-3147. doi: 10.1016/j.ridd.2014.07.054.
- Winter, S. (2007). Cerebral Palsy. In J. Jacobson, J. Mulick, e J. Rojahn, *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (p. 61-80). New York: springer.
- Wong, S. e Wong, K. (2008). Enhancing staff attitudes, knowledge and skills in supporting the self-determination of adults with intellectual disability in residential settings in Hong Kong: a pretest-posttest comparison group design. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(3), 230-243. doi: 10.1111/j.1365-2788.2007.01014.x.
- Wong, V. e Chung, B. (2011). Value of clinical assessment in the diagnostic evaluation of Global Developmental Delay (GDD) using a Likelihood Ratio Model. *Brain & Development*, 33, 548-557.

Woolf, S., Woolf, C. M. e Oakland, T. (2010). Adaptive Behavior Among Adults With Intellectual Disabilities and Its Relationship to Community Independence. *Intellectual And Developmental Disabilities*, 48(3), 209-215. doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209.

Yang, Y., Conners, F. A. e Merrill, E. C. (2014). Spatial ability in Down syndrome: A relative strength? *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1473-1500. doi: 10.1016/j.ridd.2014.04.002.

Yazbeck, M., McVilly, K. e Parmenter, R. (2004). Attitudes toward people with intellectual disabilities: an Australian perspective. *Journal of Disability Policy Studies* 15(2), 97-111. doi: 10.1177/10442073040150020401.

Zhang, C. (2001). Multicultural views of disability: Implications for early interventionist professionals. *Infant-Toddler Intervention*, 11(2), 143-154.

Zikl, P., Havlíčková, K., Hrníčková, K. e Volfová, M. (2015). Mathematical literacy of pupils with mild intellectual disabilities. *Social and Behavioral Sciences*, 174, 2582-2589. doi:10.1016/j.sbspro.2015.01.936.

Zikl, P.; Holoubková, N.; Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*, 7(10), 3379-3385.

Zoia, S., Pelamattib, G. e Rumiatic, I. (2004). Praxic skills in Down and mentally retarded adults: Evidence for multiple action routes. *Brain and Cognition*, 54, 7-11.