Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

"O Método Montessori numa intervenção intergeracional: análise do perfil psicomotor de estudos de caso"

Ana Filipa Francisco de Assis

Orientador(es) | Ana Morais
Adelinda Maria Candeias
Catarina Lino Pereira

Évora 2025

Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

"O Método Montessori numa intervenção intergeracional: análise do perfil psicomotor de estudos de caso"

Ana Filipa Francisco de Assis

Orientador(es) | Ana Morais
Adelinda Maria Candeias
Catarina Lino Pereira

Évora 2025

A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente	|	Ana Rita Matias (Universidade de Évora)
Vogais	|	Ana Morais (Universidade de Évora) (Orientador) Gabriela Almeida (Universidade de Évora) (Arguente)

Évora 2025

Agradecimentos

Agradeço de coração a todos e todas que de algum modo permitiram que este processo se realizasse com mais harmonia e tranquilidade.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Ana Morais, Professora Doutora Adelinda Candeias e Professora Doutora Catarina Pereira, um especial agradecimento por mesmo longe me orientarem e auxiliarem neste processo, transmitindo motivação e conhecimentos.

À associação, um obrigada com muito carinho, que possibilitaram que este estudo se realizasse. Um muito obrigada pela oportunidade e auxilio neste processo.

Ao meu namorado, por ser um porto seguro todos os dias, por me acompanhar, motivar e nunca me deixar desistir.

Por fim, à minha família e amigos, um especial agradecimento por sempre confiarem em mim, nas minhas capacidades e resiliência. Um obrigada por partilharem comigo as minhas conquistas e sempre me levantarem nos momentos em que o desistir fala mais alto.

O Método Montessori numa intervenção intergeracional: análise do perfil psicomotor de estudos de caso

Resumo:

O presente estudo averiguou os efeitos de uma intervenção intergeracional, utilizando o método Montessori como mediador nas crianças com necessidades especificas de educação e nas pessoas idosas com uma patologia associada e/ou com um défice cognitivo. O estudo incluiu 6 participantes (3 crianças e 3 pessoas idosas), que formaram 3 pares, compostos cada um por uma criança e uma pessoa idosa. Os três pares beneficiaram de uma intervenção intergeracional baseada no método Montessori durante 6 meses, com uma periodicidade semanal. Foram avaliados pré e pós intervenção o perfil psicomotor e o estado cognitivo de cada participante, bem como as competências e atitudes socio- emocionais da interação entre ambos. Para a avaliação do perfil psicomotor e o estado cognitivo das pessoas idosas foi utilizado o Examegerontopsicomotor (EGP) e o Montreal Assessment Test (MoCA). Para a avaliação do perfil psicomotor e o estado cognitivo das crianças foi utilizada a Bateria Psicomotora (BPM) e o D2-Test of Attention. As competências e atitudes socio-emocionais de ambos foram observadas através de uma Grelhade Observação do Comportamento (GOC). Nos idosos, a intervenção não revelou melhorias significativas no perfil psicomotor e cognitivo. No entanto, observou-se um ligeiro aumento nas competências socio-emocionais na interação com as crianças. Nas crianças, verificaram-se melhorias no perfil psicomotor quanto no estado cognitivo, com progressos visíveis na atenção e interação social. Apesar da escassez de estudos, estes resultados sugerem que as intervenções intergeracionais baseadas no método Montessori impactam beneficamente as competências e atitudes socio-emocionais das crianças e idosos.

Palavras-chave: método montessori; intergeracionalidade; domínio psicomotor; domínio cognitivo; domínio relacional

The Montessori Method in an intergenerational intervention: analysing the psychomotor profile of case studies

Abstract:

This study investigated the effects of an intergenerational intervention using the Montessori method as a mediator for children with specific educational needs and elderly people with an associated pathology and/or cognitive impairment. The study included 6 participants (3 children and 3 elderly people), who formed 3 pairs, each made up of a child and an elderly person. The three pairs benefited from an intergenerational intervention based on the Montessori method for 6 months, on a weekly basis. Before and after the intervention, the psychomotor profile and cognitive state of each participant were assessed, as well as the socio-emotional skills and attitudes of the interaction between the two. To assess the psychomotor profile and cognitive state of the elderly, the Psychomotor-Engineering Examination (EGP) and the Montreal Assessment Test (MoCA) were used. The Psychomotor Battery (BPM) and the D2-Test of Attention were used to assess the psychomotor profile and cognitive status of children. The socio-emotional skills and attitudes of both were observed using a Behavior Observation Grid (GOC). In the elderly, the intervention did not reveal significant improvements in the psychomotor and cognitive profile. However, there was a slight increase in socio-emotional skills when interacting with the children. In the children, there were improvements in both the psychomotor profile and the cognitive state, with visible progress in attention and social interaction. Despite the scarcity of studies, these results suggest that intergenerational interventions based on the Montessori method have a beneficial impact on the socio-emotional skills and attitudes of children and the elderly.

Keywords: montessori method; intergenerationality; psychomotor domain; cognitive domain; relational domain

Índice

Parte I – Introdução 1

1. Introdução 1

1.1. Objetivo do Estudo 2

1.2. Estrutura do Estudo 2

Parte II – Revisão Teórica 3

2. Enquadramento Teórico 3

2.1. Demência 3

2.1.1. Prática Psicomotora na demência 5

2.2. Depressão na Pessoa Idosa 6

2.2.1. Intervenção Psicomotora na depressão (da pessoa idosa) 8

2.3. Necessidades Educativas Especiais 9

2.3.1. Prática Psicomotora em crianças com Necessidades Educativas Especiais 11

2.3.2. Perturbação do Desenvolvimento Intelectual 12

2.3.3. Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção 14

2.3.4. Ansiedade e Depressão… 15

2.4. **Programas Intergeracionais** 17

2.4.1. Conceito de Intergeracionalidade 17

2.4.2. Práticas intergeracionais em pessoas idosas com demência e depressão 19

2.4.3. Práticas intergeracionais com crianças com necessidades educativas especiais 20

2.5. **Metodologia Montessori** 21

2.5.1. Conceito de Metodologia Montessori 21

2.5.2. Montessori aplicado ao envelhecimento – demência 22

2.5.3. Montessori aplicado à criança com necessidades educativas especiais 25

2.5.4. Montessori numa intervenção Psicomotora intergeracional 26

Parte III – Estudo realizado 27

3. Metodologia 27

3.1. Tipo e desenho de estudo 27

3.2. Participantes 27

3.3. Procedimentos gerais 28

3.4. Intervenção 29

3.5. Instrumentos de avaliação e variáveis 30

4. Resultados 33

5. Discussão dos Resultados 52

6. Limitações do estudo 57

7. Conclusão 57

8. Sugestões/Recomendações futuras 58
9. Referências Bibliográficas 58
Anexos 72
Modelo de Consentimento Informado 71
Planos de Sessão 72

Índice de Figuras:

Figura 1 - Gráfico comparativo EGP - Pessoa idosa (Par 1) 35
Figura 2- Gráfico comparativo MoCa - Pessoa idosa (Par 1) 36
Figura 3 – Gráfico comparativo BPM – Criança (Par 1) 37
Figura 4 - Gráfico comparativo EGP - Pessoa idosa (Par 2) 41
Figura 5 - Gráfico comparativo MoCa - Pessoa idosa (Par 2) 42
Figura 6- Gráfico comparativo BPM - Criança (Par 2) 43
Figura 7- Gráfico comparativo EGP - Pessoa idosa (Par 3) 47
Figura 8 - Gráfico comparativo MoCa - Pessoa idosa (Par 3) 48
Figura 9 - Gráfico comparativo BPM - Criança (Par 3) 49

Índice de Tabelas:

Tabela 1- Características Gerais da Amostra 28
Tabela 2 - Valores D2-Test – Par 1 (Avaliação Inicial Vs. Avaliação Final) 37
Tabela 3- Avaliação Qualitativa - Par 1 40
Tabela 4- Valores D2- Test – Par 2 (Avaliação Inicial Vs. Avaliação Final) 43
Tabela 5- Avaliação Qualitativa - Par 2 45
Tabela 6- Valores D2-Test - Par 3 (Avaliação Inicial Vs. Avaliação Final) 49
Tabela 7- Avaliação Qualitativa - Par 3 51

Lista de Abreviaturas e Siglas:

EGP - Examegerontopsicomotor

MoCA – Montreal Assessment Test

BPM – Bateria Psicomotora

MND – Major Neurocognitive Disorder

DA – Doença de Alzheimer

DCL – Demência dos Corpos de Levy

DDP – Demência na Doença de Parkinson

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DFT – Demência Frontotemporal

NEE – Necessidades Especificas de Educação

PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

PA – Perturbação da Ansiedade

PI – Pessoa Idosa

GOC – Grelha de Observação do Comportamento

Parte I – Introdução

1. Introdução

Portugal está a viver com particular destaque o fenómeno de envelhecimento populacional. De acordo com projeções estatísticas, este envelhecimento irá acentuar-se nos próximos anos, levando a uma verdadeira "revolução gerontológica", exigindo uma reorganização profunda dos sistemas sociais e económicos. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) até o ano de 2080 o número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1,0 milhões e o número de pessoas idosas passará de 2,2 para 3,0 milhões. O índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020).

Este envelhecimento apresenta desafios significativos, haverá menos jovens e adultos, ao passo que o número de trabalhadores mais velhos, reformados e de pessoas idosas continuará a aumentar. As sociedades terão por isso de encontrar novas formas de valorizar tanto as gerações mais jovens como os cidadãos mais velhos, aproveitando o potencial de crescimento que tanto as novas gerações como os cidadãos mais velhos podem proporcionar. Será então indispensável uma maior cooperação e solidariedade entre gerações, em que o apoio mútuo e a troca de competências e experiências terão um papel crucial (Villas-Boas et al., 2015).

A Educação deve ter um papel importante nestes cenários de mudança, sendo imperativo que se ajustem às mudanças e às novas exigências, desenvolvendo novas estratégias e modos de ensino que sejam inclusivas, que envolvam pessoas de todas as idades, classes sociais e culturas. É neste contexto que nos últimos anos é referida a importância da mudança de paradigma, promovendo uma educação ao longo da vida. Esta nova visão foca-se em temas como o envelhecimento ativo, a solidariedade entre gerações e a educação intercultural, que envolve pessoas de diferentes culturas e idades a aprenderem umas com as outras (Villas-Boas et al., 2016).

Face a estes desafios, torna-se fundamental encontrar abordagens inovadoras que possam beneficiar simultaneamente as gerações mais velhas e mais jovens. É neste contexto que surgem os programas intergeracionais, mediados por metodologias como o Método Montessori, que promovem a troca de saberes e o desenvolvimento cognitivo e emocional de ambos os grupos. Esta complementação entre os Programas

Intergeracionais e o método Montessori podem criar um espaço de aprendizagem diversificado, promovendo não só o desenvolvimento educacional, mas também a coesão social e o respeito mútuo entre gerações. Ao criar oportunidades para a interação e a aprendizagem mútua, estes programas não beneficiam apenas os participantes, mas também contribuem para a construção de uma sociedade mais empática e inclusiva.

1.1. Objetivo do Estudo

Dada a escassez de estudos relativos ao tema, este tem como objetivo verificar os potenciais benefícios de uma intervenção intergeracional utilizando o método Montessori nos seguintes domínios:

1. Perfil psicomotor em crianças com necessidades educativas especiais e em idosos com défices cognitivos;
2. Estado cognitivo em ambos os participantes;
3. Competências e atitudes socio-emocionais durante a interação entre crianças e idosos.

1.2. Estrutura do Estudo

O presente estudo encontra-se estruturado e em três partes, de modo a facilitar a sua leitura e análise. Na Parte I "Introdução", é exposta uma breve abordagem relativamente às variáveis de estudo, bem como a apresentação dos seus objetivos e estrutura. Posteriormente a Parte II diz respeito ao enquadramento teórico, que aborda de um modo mais detalhado os temas relacionados com o objetivo de estudo. Esta parte está dividida 5 tópicos. Os três primeiros tópicos dizem respeito às patologias abordadas (Demência na pessoa idosa; Depressão na pessoa idosa; Necessidades Educativas Especiais) e à sua prática psicomotora. Os últimos dois tópicos abordam os Programas Intergeracionais e a Metodologia Montessori, bem como a prática de ambos nas patologias acima referidas. Por último, a Parte III diz respeito ao estudo realizado, à metodologia (Tipo e desenho de estudo; Participantes; Procedimentos Gerais; Intervenção; Instrumentos de avaliação e variáveis). Posteriormente são apresentados os resultados do estudo, bem como a sua análise, seguindo-se da discussão e conclusão. Posteriormente são apresentadas as limitações do estudo, bem como algumas sugestões e recomendações futuras.

Parte II – Revisão Teórica

2. Enquadramento Teórico

2.1. Demência

A demência, atualmente denominada como *Major Neurocognitive Disorder (MND)*, segundo o DSM-V, é uma condição médica caracterizada por um declínio cognitivo progressivo que interfere com a independência e a autonomia do individuo (Duong, Patel & Chang, 2017).

A MND caracteriza-se por um declínio grave em pelo menos um dos domínios da cognição, que inclui a função executiva, a atenção complexa, a linguagem, a aprendizagem, a memória, a perceção-motora ou a cognição social (Emmady, Schoo & Tadi, 2020). O declínio representa uma mudança em relação ao nível anterior da capacidade cognitiva do doente, é persistente e progressivo ao longo do tempo e não está associado exclusivamente a um episódio de delírio (APA, 2013). A MND divide-se em diversos subtipos que se classificam de acordo com a sua causa, sendo os quatro mais comuns a Doença de Alzheimer, Demência Vascular, Demência de Corpos de Levy e a Demência Frontotemoral. (Duong, Patel & Chang, 2017).

A Doença de Alzheimer (DA) é caracterizada por uma atrofia generalizada do córtex, e pela existência de placas neuríticas compostas por deposição extracelular de proteínas beta amiloide e por emaranhados neurofibrilares compostos por proteínas tau, que contribuem para a sua degeneração (Emmady, Schoo & Tadi, 2020). O início da doença é geralmente indetetável, no entanto a perda de memória a curto prazo surge como o primeiro sinal. Os défices graduais na função cognitiva ocorrem sempre progressivamente ao longo do tempo, afetando múltiplos domínios cognitivos, como problemas visuoespaciais e anomia (Arvanitakis, Shah & Bennett, 2019). Para além dos sintomas ao nível cognitivo, é comum surgirem também sintomas depressivos, sintomas psicóticos e sintomas comportamentais. As alterações da personalidade e as alterações comportamentais podem devolver-se à medida que a doença progride e, numa fase final, os doentes poderão perder a capacidade para se sentar, manter a cabeça erguida ou localizar objetos com os olhos, necessitando de uma assistência total (Duong, Patel & Chang, 2017).

A Demência dos Corpos de Levy (DCL) é caracterizada por um conjunto de sintomas cognitivos, neuropsiquiátricos, do sono, motores e autonómicos (Prasad et al., 2023). A DCL é caracterizada pela acumulação invulgar de proteínas α-sinucleína no cérebro, formando os corpos de levy e diminuindo o funcionamento dos neurónios, levando à sua morte. Relativamente aos sintomas, existe uma enorme variação da sua manifestação pelos doentes, sendo que os sintomas podem manifestar-se de forma variável ao longo do tempo. Os principais sintomas incluem uma demência progressiva caracterizada por uma perda da função executiva e, em alguns casos mais tardios, por uma visível perda de memória. Para além disso, é comum existir uma flutuação da função cognitiva, alucinações visuais, delírios e algumas características de Parkinson como a rigidez muscular, bradicinesia e tremores (Haider, Spurling, & Sánchez-Manso 2023).

A Demência Vascular (DV) ocorre devido a uma falta de oxigénio neuronal, causada por condições que bloqueiam ou reduzem o fluxo sanguíneo para o cérebro (Emmady, Schoo & Tadi, 2020). O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado a causa mais comum para a existência desta demência e os seus sintomas variam de acordo com a gravidade do AVC, dependendo das regiões cerebrais afetadas e da gravidade de lesão dos vasos sanguíneos (Duong, Patel & Chang, 2017). Posteriormente a um AVC de maior gravidade, os sintomas mais comuns são a desorientação, confusão, dificuldade em falar e compreender o discurso e perda de visão. Relativamente à memória, esta pode não ser afetada, no entanto podem surgir algumas mudanças abruptas na função executiva após um AVC (Duong, Patel & Chang, 2017). Níveis mais elevados de gravidade da DV estão associados a uma maior gravidade de apatia, irritabilidade, perturbações do sono, frequência de delírios e agitação motora (Deardorff, 2019).

A Demência Frontotemporal (DFT) é caracterizada por várias mutações que levam à deposição de proteínas (TDP-43 ubiquitinadas e tau hiperfosforiladas) nos lobosfrontais e temporais. No entanto, apesar dos recentes avanços existem muitas limitações nos estudos epistemológicos, faltando ainda uma visão global que reúna todos os dados atualmente disponíveis (Emmady, Schoo & Tadi, 2020 & Antonioni et al., 2023). Esta doença manifesta-se principalmente por alterações no comportamento, na linguagem e das funções executivas gerais. (Antonioni et al., 2023).

2.2.1. Prática Psicomotora na demência

A demência constitui um enorme encargo para a saúde e aumenta significativamente os custos dos cuidados de saúde, tanto para o individuo como para a sociedade. Atualmente não existe cura para as principais causas da demência, pelo que se prevê que a prevalência da demência continue a aumentar a par do aumento do número de pessoas que envelhecem. Atualmente, 47 milhões de pessoas no mundo sofrem de demência prevendo-se que esse número aumente para 131 milhões em 2050 (Emmady, Schoo, & Tadi, 2020).

As doenças neurodegenerativas, como é o caso da demência, estão diretamente associadas ao processo de envelhecimento, sendo considerado o fator de risco com maior impacto para o aparecimento deste tipo de doenças (Hou et al., 2019). Deste modo, com o aumento da população idosa e as perturbações do foro mental associadas a este processo, os encargos financeiros relacionados com estes dois factos também irão aumentar. Assim, é necessário promover intervenções preventivas/terapêuticas bem-sucedidas considerando os mecanismos inerentes ao envelhecimento e o seu papel no aparecimento e progressão das doenças neurodegenerativas (Hou et al., 2019).

O envelhecimento é um processo inevitável no percurso de vida de todos os indivíduos, provocando mudanças irreversíveis que dependem de diversos fatores, biológicos, psicológicos e sociais. Estas mudanças implicam um declínio gradual de inúmeras características no aspeto físico e funcional podendo ter implicações nos domínios psicomotores do individuo (Morais et al., 2019). A senescência envolve uma redução progressiva nas capacidades gnosicopráxicas e relacionais. Esta redução manifesta-se através de diversos sintomas, incluindo uma maior lentidão psicomotora, perda de força, fadiga, problemas práxicos, desorganização somatognósica e espaciotemporal, dificuldades de comunicação em grupo, abulia, problemas de regulação emocional e o exacerbar das angústias corporais arcaicas (Fernandes e Safons, 2018). Aliados aos sintomas típicos do processo de envelhecimento, os indivíduos com demência expressam ainda uma perda de memória, confusão e desorientação, bem como um declínio nos domínios cognitivo e socio-emocional que afeta a realização das atividades básicas e instrumentais diárias (Morais et al., 2019).

Atualmente, na maior parte dos casos a demência não tem cura e, neste caso, a intervenção deve ser focada na tomada de medidas preventivas que atrasem o desenvolvimento da doença, centrando-se nos fatores de risco, a nível vascular, como é o caso da obesidade, psicossocial, como a estimulação a nível social e intelectual e também em relação a estilos de vida mais saudáveis (Fonseca, 2014).

Pelo exposto a intervenção psicomotora nestes indivíduos assume um papel de extrema importância, na medida em que permite utilizar o corpo e o movimento como mediadores, através de atividades centradas na estimulação da comunicação não verbal, reorganização do esquema corporal, redução da dor e promoção de conforto (Branquinho e Falcão, 2021). Na intervenção devem ser promovidas técnicas de relaxação e estimulação sensorial, técnicas de expressão artística e emocional, dinâmicas lúdicas de grupo e motricidade em relação. Estas técnicas permitem trabalhar tanto as estruturas gnosicopráxicas que estão ligadas à funcionalidade, como o envelope corporal que forma a base da imagem corporal do idoso (Fernandes, 2014). Através deste investimento corporal pretende-se que o idoso se reencontre com o seu corpo, sensações e com um sentimento de identidade, que podem estar alterados devido a perdas propriocetivas e cognitivas. Na gerontopsicomotricidade, nos indivíduos com demências, devem ser priorizadas atividades significativas, adaptadas às necessidades individuais, promovendo a manutenção das capacidades funcionais, um maior sentimento de capacitação e regulação comportamental, potenciando uma maior qualidade de vida (Branquinho e Falcão, 2021). O espaço tem também um papel muito importante na intervenção com indivíduos com demência, devendo funcionar como um espaço acolhedor, regulador e tranquilo, em que é priorizada uma comunicação flexível, atenta e calma (Branquinho e Falcão, 2021).

2.2. Depressão na Pessoa Idosa

A depressão é considerada o transtorno psiquiátrico mais comum na pessoa idosa, estimando-se, de acordo com a WHO (2017), que 280 milhões de indivíduos sofrem desta patologia, sendo que sendo que 5% são adultos e 5,7% são idosos com mais de 60 anos. A depressão tem impacto direto na qualidade de vida, afetando não só o individuo nos seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, mas também as suas relações interpessoais (Paiva, Sorares & Faria, 2023). Contrariamente à opinião popular, a

depressão, apesar de ser algo comum na terceira idade, não é algo natural do processo de envelhecimento. Esta patologia é inúmeras vezes desvalorizada e tardiamente detetada nesta faixa etária por ser associada ao processo natural do envelhecimento (Carreira et al., 2011). A depressão na pessoa idosa é considerada um problema importante de saúde pública, uma vez que está associada a um aumento nos gastos de saúde e de sofrimento emocional com um consequente aumento nas taxas de suicídio e morte.

Os sintomas desta patologia incluem tristeza, fadiga, culpa, inutilidade, pensamentos recorrentes de morte, falta de concentração, agitação ou inibição psicomotora observável, falta de autoestima e perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas. Para além disso, tem também implicações no apetite, no sono e nas tomadas de decisões (Paiva, Soares & Faria, 2023). Segundo o DSM-V (2013), num episódio depressivo, estão presentes cinco ou mais destes sintomas, que se apresentam durante um período mínimo de duas semanas, representando uma alteração do funcionamento típico do individuo. Nos idosos, para além dos sintomas anteriormente descritos, é comum existirem dificuldades na memória, confusão, alterações da personalidade (semelhantes à doença de Alzheimer), dores físicas e dificuldade na socialização (WHO, 2019),

A presença de depressão pode dever-se a diversos fatores, como fatores externos (situações de perda, problemas laborais, problemas financeiros), fatores hormonais (menopausa, gravidez), fatores físicos e fatores genéticos. No entanto podem surgir sintomas depressivos sem nenhuma causa aparente (Maier et al., 2021). Relativamente à população idosa, esta é mais propensa a problemas específicos, como o aparecimento de doenças normais do processo de envelhecimento, perdas ao longo do curso da vida, bem como acontecimentos stressantes, o que levanta múltiplas razões para o desenvolvimento desta patologia (Paiva et al., 2023; Fiske et al., 2009). Por estas razões, é sugerido que o início da depressão nesta faixa etária, possa ser compreendida por uma interação entre determinadas vulnerabilidades, incluindo fatores genéticos, alterações neurobiológicas associadas à idade e certos acontecimentos stressantes (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

Segundo Paiva, Soares & Faria (2023), a origem da depressão na faixa etária mais envelhecida pode dever-se à presença de outras condições médicas como é o caso da demência, podendo levar a dificuldades de memória, visão e audição, perturbações do sono e insónias. Para além disso, também a diminuição das interações socias e uma redução das atividades de lazer são fatores de risco na origem da depressão (Paiva, Sorares & Faria, 2023). Estes fatores devem-se à perda de funcionalidade e a uma maior

dependência de terceiros, comum no processo de envelhecimento. Outros fatores de risco associados à depressão, relacionam-se com fatores sociais e económicos (falta de apoio, exposição a acontecimentos stressantes, baixas pensões e elevadas despesas de saúde), viuvez, internamento hospital ou institucionalização (associados a perda de independência, conflitos familiares, possível abandono de cuidados, perda de autonomia e alteração de rotinas) e consumo de certos medicamentos (corticoides) (Paiva, Sorares & Faria, 2023).

2.2.1. Intervenção Psicomotora na depressão (da pessoa idosa)

A depressão na pessoa idosa é uma perturbação mental que afeta uma percentagem significativa de pessoas idosas e que se expressa normalmente por comprometimentos físicos e cognitivos, sendo fulcral a implementação de apoios para que se promova uma maior qualidade de vida. Geralmente o idoso apresenta, numa fase inicial de quadro depressivo sintomas de astenia, perturbação do sono, tristeza e desinteresse por prazeres habituais (Martins, 2008). Segundo Canale e Furlan (2013), os indivíduos com depressão experienciam ainda uma lentificação das funções psíquicas e da motricidade, bem como défices na capacidade de concentração e atenção. A estes sintomas, associam-se os declínios inevitáveis do processo de envelhecimento que comprometem inúmeros domínios, nomeadamente o domínio socio-emocional, cognitivo e psicomotor (Branquinho e Espadinho, 2019).

A gerontopsicomotricidade, surge como uma técnica de mediação corporal, imprescindível nos processos terapêuticos nas pessoas idosas com depressão. A intervenção psicomotora nos idosos pode atuar em diversas patologias somáticas (patologias psiquiátricas (depressão, neurose, psicose, entre outros), patologias neurológicas (doença de Parkinson, epilepsia, acidente vascular cerebral, entre outros) (Fonseca, 2014). A intervenção psicomotora na pessoa idosa, através de técnicas psicocorporais, permite atenuar as alterações biológicas normais do processo de envelhecimento, bem como as modificações nas dimensões psicológicas, socioculturais e corporais expressas nos idosos com depressão (Tuzzo e Demarchi, 2007). O psicomotricista atua na consciencialização e autoconhecimento corporal, na vivência de dinâmicas corporais que permitem que o individuo consciencialize as suas emoções e sentimentos, conhecendo assim o seu próprio corpo, as suas limitações e inseguranças (Navarro et al., 2019).

A intervenção psicomotora neste grupo populacional permite promover a manutenção das capacidades funcionais do individuo, potenciando a tonicidade, controlo postural, imagem corporal, estruturação espácio-temporal, praxias, interação social, autonomia e mobilidade (Navarro et al., 2019). Para tal, devem ser utilizadas técnicas de expressão artística e emocional, toque terapêutico, relaxação, estimulação sensorial, em dinâmicas individuais ou em grupo (Navarro et al., 2019).

2.3. Necessidades Especificas de Educação

O termo "deficiência", no âmbito educativo, tem evoluído ao longo do tempo e sofrido mudanças paradigmáticas. Estas mudanças assentam numa centralização das necessidades particulares de cada criança e nas mudanças necessárias à sua integração escolar e não na noção estigmatizada de "deficiência" (Meireles-Coelho, Izquierdo, & Santos, 2007).

O conceito de Necessidades Especificas de Educação (NEE), surge num contexto socioeducativo em 1978, no Reino Unido, pelo Warnock Report. O Relatório de Warnock introduziu pela primeira vez o conceito de NEE englobando não só alunos com deficiências, mas também todos aqueles que possam apresentar dificuldades de aprendizagem especificas ao longo do seu percurso escolar. De acordo com Warnock (1978):

> "Desejamos uma abordagem mais precisa e adotamos então o conceito de "necessidade educativa especial" (special educacional need) tomado, não no sentido de uma incapacidade específica que se pode atribuir à criança, mas ligado a tudo o que lhe diz respeito; às suas capacidades como às suas incapacidades, a todos os fatores que determinam a sua progressão no plano educativo" (Warnock Report, as cited in OCDE, 1994, p.14).

Para além disto, este relatório veio introduzir novas perspetivas ao nível de ensino das crianças com deficiência, propondo que se que abandonasse o paradigma médico e se adotasse o paradigma educativo, em que fossem identificadas, descritas e avaliadas as NEE dos alunos, de modo a promover a sua integração em escolas regulares. O mesmo relatório, define que as crianças com NEE, possuindo ou não

dificuldades de caracter permanente, necessitam de apoios, modificações e adaptações no seu processo educacional de modo a promover o seu sucesso e integração escolar (Meireles-Coelho, Izquierdo, & Santos, 2007).

Deste modo surge a educação especial, que tem como objetivo a identificação precoce das crianças com NEE, bem como a avaliação das suas necessidades educativas para posteriormente garantir uma intervenção especializada e individualizada baseada nessas mesmas necessidades. Segundo Correia (2017), a educação especial deve ser vista como um conjunto de recursos que permitem prestar serviços e apoio a todas os alunos, adequados às suas necessidades e características, maximizando o seu potencial. Estes recursos devem ser implementados sempre que possível no ensino regular, existindo uma "prevenção, redução ou supressão da problemática do aluno, seja ela do foro mental, físico ou emocional" (Correia, p.12, 2017).

Em 1994, surge a Declaração de Salamanca, contribuindo para o movimento de inclusão em Portugal, com o conceito alargado de necessidades educacionais especiais (NEE) abordado no Relatório de Warnock. Segundo a Declaração de Salamanca (1994):

> "necessidades educativas especiais" refere-se a todas as crianças e jovens cujas necessidades decorrem das suas capacidades ou dificuldades de aprendizagem. Muitas crianças apresentam dificuldades de aprendizagem e, por conseguinte, têm necessidades educativas especiais num determinado momento da sua escolaridade" (Declaração de Salamanca, 1994, p.6).

Corroborado por Correia (1993), o conceito de NEE engloba crianças com problemas sensoriais, físicos, intelectuais e emocionais e, também, com dificuldades de aprendizagem oriundas de fatores orgânicos ou ambientais que necessitam de outras medidas de apoio especializado. Segundo Brennan (1988 cited in Correia 2008, podemos afirmar que existe uma NEE, quando um problema (físico, sensorial, intelectual ou emocional) interfere com o processo de aprendizagem, na medida em que se sejam necessárias alterações ao currículo, para que o aluno possa receber uma educação apropriada.

A declaração de Salamanca surge com o intuito de integrar no sistema educacional todas as crianças e jovens, independentemente das suas dificuldades e diferenças, com o objetivo de ser possível uma "Escola para Todos". Ou seja, a Declaração de Salamanca

remete para um sistema educacional inclusivo nas escolas regulares, centrado na criança, adaptando-se às suas necessidades e dificuldades (Declaração de Salamanca, 1994).

Nesta linha de ideias, Portugal iniciou a implementação de um ensino que respeita o princípio de igualdade de oportunidades, priorizando uma educação gratuita e de qualidade a todos os alunos, incluindo crianças com NEE (Correia, 2017). Para que tal aconteça deve existir uma maior flexibilidade dos programas escolares e gestão escolar. Os programas escolares devem ser adaptados às necessidades de cada criança, existindo um apoio adicional constante às crianças com NEE, com a participação ativa da equipa docente, que desempenham um papel crucial na gestão do processo educativo, fornecendo apoio às crianças através de recursos disponíveis dentro e fora da sala de aula (Declaração de Salamanca, 1994).

Relativamente às adaptações necessárias nos programas escolares, estas podem mais ou menos generalizadas, dependendo se as NEE são significativas ou ligeiras (Correia, 2017).

As NEE significativas apresentam-se durante toda a vida escolar, como consequência de problemas orgânicos, funcionais, défices socioculturais ou económicos, sendo necessária uma adaptação ao currículo generalizada, adaptando-se às características do aluno. Estas NEE são de carácter intelectual, sensorial, emocional, desenvolvimental, processo fonológico ou devido a outros problemas de saúde como diabete, asma, entre outros.

Por outro lado, as NEE ligeiras, apresentam-se durante um determinado período escolar associadas a diferentes etiologias, quer intrínsecas (problemas de aprendizagem associados a caraterísticas internas da criança), quer extrínsecas (problemas de aprendizagem associados ao ambiente) requerendo uma adaptação ao currículo parcial (Guevara, 2024).

2.3.1. Prática Psicomotora em crianças com Necessidades Especificas de Educação

A Psicomotricidade e as Necessidades Especificas de Educação encontram-se correlacionadas, na medida em que ambas são áreas de estudo, fundamentais para compreender e promover o desenvolvimento holístico das crianças (Reyes et al., 2023).

A Psicomotricidade refere-se à relação entre o desenvolvimento motor, cognitivo e social, enquanto que as necessidades educativas especiais englobam dificuldades ou diferenças especificas, relacionadas com o desenvolvimento motor, afetivo e intelectual, que podem comprometer a aprendizagem e o sucesso escolar. Deste modo, as competências psicomotoras encontram-se relacionadas com o êxito académico, aquisição de habilidades socais e emocionais, bem como com a autonomia das crianças (Reyes et al., 2023).

A Psicomotricidade atua numa vertente educativa, reeducativa ou terapêutica, cujo objetivo é o desenvolvimento das competências motoras, expressivas e criativas através do corpo, centralizando a intervenção no movimento e no agir, englobando tudo o que deriva do mesmo, sejam disfunções, patologias, aprendizagem, entre outras, contribuindo para o desenvolvimento harmonioso da criança (Revilla et al., 2014). A intervenção psicomotora, procura promover alterações significativas no individuo, para que este possa criar esquemas funcionais de adaptação, autocontrolar-se corporalmente, permitindo assim uma maior assimilação, processamento, armazenamento, evocação, associação, programação, organização e execução dos seus fluxos cognitivos, facilitando assim os processos de aprendizagem (Fonseca e Martins, 2001).

As crianças com NEE, como referido anteriormente, exibem determinadas condições especificas, necessitando uma prestação de serviços especializados, seja em contexto académico, terapêutico, psicológico social ou clínico, com o principal objetivo de responder às necessidades de cada aluno (Correia, 2017). Estas condições especificas referem-se a um conjunto de categorias inseridas nas NEE:

a) Perturbação do Espetro do Autismo, Dificuldades de aprendizagem especificas, dificuldades intelectuais, défice de atenção e hiperatividade, multideficiência, perda auditiva, perda visual, perturbações emocionais e de comportamento, problemas de comunicação, problemas de saúde, problemas motores, surdo-cegueira, traumatismo craniano e outros problemas de saúde (Correia, 2017).

2.3.2. Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

A Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) é um conceito que veio substituir as anteriores terminologias de Atraso Mental, Retardo Mental ou Deficiência

Mental e é de entre todas as Perturbações do Neurodesenvolvimento a de mais difícil diagnóstico e a que exige uma intervenção mais complexa (Andrade et al., 2016). De acordo com o DSM-V (2013), a PDI consiste num défice na atividade cerebral que, consequentemente, resulta numa baixa capacidade intelectual. Esta perturbação tem início durante o período de desenvolvimento e contém um défice cognitivo, associado a um défice comportamental, correspondendo à autonomia pessoal do individuo. Os défices no comportamento adaptativo, ligado ao défice intelectual, afetam um ou mais dos três domínios: domínio social; o domínio concetual e o domínio do funcionamento prático (APA, 2013). As crianças diagnosticadas com PDI, a nível intelectual, apresentam dificuldades na resolução de problemas, no raciocínio, planeamento, pensamento abstrato, memória, compreensão verbal. A nível do comportamento adaptativo, as crianças manifestam dificuldades na consciência de pensamentos, sentimentos, na aprendizagem e autogestão nos contextos de vida diária, como gestão de dinheiro, organização de tarefas escolares e profissionais (APA, 2013). Para além disso, demonstram dificuldades na responsabilidade social, tendo poucas capacidades de relacionamento interpessoal adequadas à idade. Estas características vão-se alterando consoante a gravidade da PDI (APA, 2013). Ao nível psicomotor, as crianças com PDI apresentam normalmente dificuldades na perceção da autoimagem e esquema corporal, dificuldades no equilíbrio estático, dificuldades em atingir um estado de relaxamento, dificuldades na estruturação espácio-temporal, dispraxia, descoordenação e presença de estereotipias motoras (Arana, 2017).

A intervenção psicomotora em crianças com PDI, numa vertente reeducativa ou terapêutica, tem como principal objetivo promover o desenvolvimento global da criança, considerando as suas dificuldades cognitivas, motoras e emocionais. A psicomotricidade auxilia o individuo a aceder às suas capacidades relacionais, simbólicas e emocionais, através do movimento e da relação. O desenvolvimento harmonioso da criança exige identificar, diferenciar e individualizar-se, bem como construir e habitar o próprio corpo de maneira consciente. A psicomotricidade desempenha um papel crucial nesse processo, já que atua na integração entre corpo e mente, facilitando a expressão e a organização tônica e emocional da criança. No contexto terapêutico, o psicomotricista acolhe e processa essas manifestações corporais e emocionais, criando um ambiente seguro e acolhedor. Dessa forma, a criança é incentivada a sentir, refletir e transformar suas experiências internas, promovendo o desenvolvimento global de sua autonomia e

capacidade de relacionamento com o mundo ao redor (Matias et al., 2023). A terapia psicomotora revela-se, de facto, uma abordagem eficaz para incentivar comportamentos adaptativos e diminuir comportamentos desafiantes. De acordo com Santos e Morato (2007), a psicomotricidade auxilia os indivíduos a regular os seus próprios comportamentos, enquanto Santos (2017) enfatiza o seu contributo no desenvolvimento para que as crianças beneficiem de estratégias específicas na gestão de emoções e no controlo de comportamentos.

2.3.3. Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção

As crianças com Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) apresentam um padrão persistente de comportamento de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. No entanto, as dificuldades relacionadas com PHDA vão além dos sintomas primários de desatenção, afetando também outras competências funcionais da vida diária das crianças, como a resolução de problemas, autorregulação emocional, défices de coordenação motora ou a gestão do tempo. Ao longo do tempo, estas dificuldades podem ter um efeito negativo no desempenho académico, afetando os resultados académicos (Fenollar-Cortés, Gallego-Martínez, & Fuentes, 2017). Para procedermos ao diagnóstico de PHDA, devem ser considerados dois parâmetros comportamentais: a atividade motora e a atenção (Fonseca e Martins, 2011). Relativamente às competências psicomotoras, algumas investigações aferem que crianças com PHDA manifestam maiores dificuldades na organização espacial, coordenação motora fina, equilíbrio e integração visuo-motora (Fernandes et al., 2019). Para além disso, também a imagem corporal e a noção de esquema corporal em alguns casos estão desadequadas (Costa, 2008).

Para alguns autores, a PHDA é multifatorial, podendo estar relacionada com uma instabilidade motora que corresponde a uma expressão dos problemas emocionais através de um comportamento motor.

Nas crianças com PHDA, a intervenção psicomotora, surge como uma terapia complementar, com o objetivo de promover a aquisição de estratégias de mudança de comportamento, através da consciência do próprio corpo e movimentos (Grilo et al.,

2015). A intervenção em crianças com PHDA deve basear-se num investimento do corpo como forma de adaptabilidade, envolvendo a preparação para a ação e consciencialização das modulações tónicos-posturais que estão associadas ao projeto motor (Vidigal, 2005). A Psicomotricidade em PHDA tem como principais objetivos "aumentar progressivamente o tempo de concentração e de atenção na tarefa, desenvolver as capacidades de autocontrolo de moco a diminuir a impulsividade. Reduzir a hiperatividade atenuando os comportamentos incompatíveis e melhorar as habilidades sociais, a compreensão e a expressão da comunicação não verbal" (Vidigal, 2005, p.194).

Deste modo, de acordo com Liévre e Staes (2006), esta deve priorizar determinadas orientações:

Investir no jogo espontâneo, despendendo energia, promovendo que a criança se expresse livremente através do jogo, para que progressivamente seja capaz de respeitar determinadas limites corporais, adequar-se a limites espácio-temporais e preparar-se para atividades que exijam maior nível de concentração; (b) promover o jogo de inibição, de modo a melhorar o autocontrolo para que progressivamente esteja mais calma; (c) promover o autoconhecimento do próprio corpo, através de atividades de equilíbrio e coordenação que permitam a consciencialização dos limites corporais; (d) promover a concentração e memória, através de atividades que exijam uma maior manutenção do estado de vigília, que envolvam uma planificação e sequencialização; (e) promover a relaxação, permitindo a expressão emocional e cognitiva da criança, através de um estado de repouso e calma que possibilita a regulação emocional e integração da sua corporalidade (Martins, 2001; Costa, 2008).

2.3.4. Ansiedade e Depressão

A Perturbação da Ansiedade é bastante comum nas crianças e adolescentes, com uma prevalência estimada entre os 4 e 20 % (Crujo e Marques, 2009). Durante a idade escolar, particularmente na adolescência, é comum que surjam preocupações com as amizades, saúde, religião, questões sexuais, entre outros. No entanto, estas preocupações não devem interferir nas rotinas das crianças, nem evoluir para comportamentos desajustados (Crujo e Marques, 2009). Segundo o DSM -V (APA, 2013), são descritas onze perturbações da ansiedade prevalentes em crianças e adolescentes, no entanto

existem três mais comuns entre os 0-18 anos: Fobia Especifica (FE); Perturbação Generalizada da Ansiedade (PGA) e Perturbação de Ansiedade Social (PAS) (Vriend, Moeijes & Scheffers, 2024). Estes três tipos de ansiedade são caracterizados por comprometimentos nos domínios físico, cognitivo e comportamental, diferindo na natureza da ansiedade (Vriend, Moeijes & Scheffers, 2024). Na idade escolar e pré-adolescência, as crianças com ansiedade, para além da preocupação constante, experimentam sintomas como humor depressivo, irritabilidade, isolamento social, dificuldades escolares, dificuldades de concentração e sintomas somáticos (Crujo e Marques, 2009). Para além disso podem surgir sintomas mais físicos, que normalmente não se associam a ansiedade, como dores de estomago, dores de cabeça, tensão muscular, sudorese, sensação de falta de ar (Kenedall, 2000). A autonomia e a independência, nesta fase, tornam-se os grandes desafios no percurso de desenvolvimento, sendo que a criança deve estabelecer um equilíbrio entre o cumprimento de regras e a expressão da sua independência (Kenedall, 2000). Por outro lado, as crianças deprimidas, assumem sentimentos de perda, de inferioridade, revolta e desistência. Na maioria das vezes são caracterizadas como crianças inibidas e tristes, com baixa autoestima, ou por outro lado podem utilizar defensas como a euforia, instabilidade psicomotora, mania ou omnipotência (Costa, 2008).

A Psicomotricidade, surge como uma terapia de mediação corporal de extrema importância para a intervenção com crianças com ansiedade e depressão, com o objetivo de compreender e resolver os conflitos internos da criança (Almeida, 2005). Na área da saúde mental infantil, a “terapia psicomotora enfatiza os processos comunicacionais e socioafetivos, compreensivos e expressivos, de emoções, sentimentos e desejos” (Almeida, p.37, 2013). A Psicomotricidade procura maximizar as competências pelo reforço do eu, com uma abordagem expressiva e criativa. Por outro lado, é importante priorizar atividades em que a criança adquira competências de reconhecimento das suas capacidades e limitações, autonomia, iniciativa e atitude critica (Costa, 2008).

2.4. Programas Intergeracionais

2.4.1. Conceito de Intergeracionalidade

Os Programas Intergeracionais (PI) envolvem a interação continua e organizada entre membros de grupos etários mais jovens e grupos etários mais velhos promovendo benefícios para ambos os grupos de participantes (Murayama et al., 2014). Os PI constituem um instrumento adequado para estreitar e fortalecer as relações solidárias entre gerações, tendo em conta as necessidades de ambas as populações. De um modo geral, a conceptualização de PI tem variado ao longo dos anos, de autores para autores. No entanto, há três fatores que independentemente da conceptualização são comuns: "(a) em todos os PI participam indivíduos de diferentes gerações; (b) a participação nos PI implica atividades dirigidas a alcançar fins benéficos para todas as pessoas envolvidas (e por consequente, na comunidade onde vivem); (c) os PI permitem que os participantes estabeleçam relações entre si"

Os PI podem, geralmente podem ser categorizados em três tipos, de acordo com a sua função principal (Villas-Boas et al., 2015):

(a) Programas Intergeracionais de Serviço, em que o foco principal deste programa é a prestação de serviços, mas a educação, apesar de não ser o foco central, é uma ferramenta fundamental para atingir o propósito;
(b) Programas Educativos Intergeracionais, em que a função principal é a educação, onde pessoas de diferentes gerações participam ativamente na aprendizagem umas das outras;
(c) Programas Intergeracionais de Serviço e Aprendizagem, combinando as duas funções, valoriza tanto a aprendizagem como o serviço à comunidade de forma equilibrada.

Os PI são aplicados como estratégias de intervenção em várias áreas, como educação, habitação, saúde, inclusão, emprego, cultura, meio ambiente, sociabilidade, mediação, prevenção e recreação (Giraudeau & Bailly, 2019). Os objetivos destes programas são diversos e podem incluir o fortalecimento dos sistemas de ensino, diminuição das taxas de insucesso escolar, fomentar o sentimento de pertença, combater o isolamento social das pessoas idosas, melhorar os serviços de apoio à comunidade, entre outros. Os PI podem ser implementados em diferentes contextos, como escolas, centros

comunitários, centros de dia, universidades, empresas, municípios, associações e hospitais. Essa diversidade de locais permite que os programas sejam adaptados para atender às necessidades específicas de cada grupo ou comunidade (Villas-Boas et al., 2015)

As atividades criadas nos PI podem englobar atividades artísticas ou de lazer, atividades educativas concebidas para desenvolver conhecimentos, competências académicas, ou mudanças psicossociais positivas, programas de saúde, atividades abertas que promovam interações informais e espontâneas entre gerações, incluindo conversas e jogos, participação conjunta em projetos de cidadania pré-existentes e abordagens mistas que combinem várias ações e objetivos (Giraudeau & Bailly, 2019).

Apesar do exposto acima, a definição de PI não é clara, a sua eficácia foi considerada fraca e existe a necessidade de construir um quadro concetual sólido para ajudar no seu desenvolvimento (Canedo-Garcia, Garcia-Sanchez & Pacheco-Sanz, 2017). Considerando a revisão sistemática realizado por Martins et al., (2019) e a sua posterior análise foi possível identificar que todos os 3.796 programas analisados tiveram resultados positivos, ou seja, tanto as crianças como as pessoas idosas beneficiaram da implementação destes programas. As crianças evidenciaram melhorias na autoestima, no desempenho e motivação no processo de aprendizagem. Para além disso, foram identificadas atitudes mais positivas em relação a si próprios e em relação aos adultos mais velhos. Para as pessoas idosas, existiram evidências de uma melhor gestão do tempo, reafirmação do seu valor, mais satisfação com a vida, melhor função cognitiva, melhor saúde mental e física e melhoria na autoestima. Num programa intergeracional, implementado em crianças e adultos com demência, durante 10 semanas, foi possível verificar benefícios posteriores à aplicação do mesmo. Em entrevistas com os cuidadores das pessoas idosas, foi referido que o programa promoveu uma melhor qualidade de vida, existindo uma gratificação das interações e criação de laços entre as pessoas idosas e as crianças (Gibliotti, 2005). No entanto, de acordo com Isaki & Harmon (2015), nas intervenções intergeracionais incluindo pessoas idosas com demência ou défices cognitivos, embora tenham ocorrido alterações no modo como as crianças percecionavam as pessoas idosas, o contrário não aconteceu, isto e´, não ocorreram alterações significativas na perceção dos adultos em relação às crianças.

2.4.2. Práticas intergeracionais em pessoas idosas com demência e depressão

Como já exposto acima, as pessoas idosas enfrentam um processo natural de envelhecimento. Este processo está associado a um maior risco de desenvolver algum declínio cognitivo e determinadas doenças, bem como complicações que lhe estão associadas, como mobilidade reduzida e doenças crónicas, como a artrite e a hipertensão (Earl et al., 2023; Krzeczkowska et al., 2021). Estes fatores podem afetar a capacidade funcional nas atividades da vida diária, estando também correlacionados com uma pior perspetiva de vida, que pode levar a problemas de saúde mental comuns como a ansiedade e a depressão (Earl et al., 2023). Os principais fatores geradores de stress nos indivíduos pessoas idosas são o declínio progressivo da capacidade funcional, a deterioração geral do estado de saúde e a perda de relações íntimas através do luto que pode resultar em solidão ou isolamento (Krzeczkowska et al., 2021). Deste modo, os objetivos dos PI dirigidos e a estas pessoas consistem em aumentar o contacto, diminuindo assim o isolamento, criar relações significativas, promover o crescimento emocional e social, atingir objetivos educativos ou comunitários, promover a autoestima, e diminuir a angústia (Cohen-Mansfield et al., 2022).

Os PI normalmente incluem indivíduos pessoas idosas, com mais de 65 anos e gerações mais jovens englobando crianças desde o pré-escolar até ao ensino universitário. Geralmente os PI são implementados com o objetivo de mudar estereótipos e atitudes entre as crianças e as pessoas idosas (Martins et al., 2019). No entanto, estes programas podem ser utilizados para outros objetivos, nomeadamente para promover um envelhecimento ativo entre as pessoas idosas. Relativamente aos indivíduos com demência são diversos os potenciais benefícios dos PI para este tipo de população, nomeadamente um aumento de sensação de bem-estar, melhorias no domínio da memória, maior sensibilização face à demência por parte das crianças e potencializar o papel da comunidade no envolvimento social com os indivíduos com demência (Houghton et al., 2022; Giraudeau & Bailly, 2019). No que diz respeito às atividades priorizadas, a arte, a educação, a abordagem Montessori, a narração de histórias, atividades de reminiscência, a orientação, e as atividades recreativas são dinâmicas que potencializam uma ligação intergeracional. Estas dinâmicas podem ocorrer em diferentes contextos, na comunidade ou numa instituição. No entanto é importante ter em especial atenção alguns critérios que devem ser tidos em conta nos programas intergeracionais, como é o caso da adequação das atividades à idade de ambas as faixas etárias, não

infantilizar em excesso as atividades, adequar a extensão do programa, priorizar as preferências individuais dos participantes, respeita o receio em não atingir os objetivos, estabelecer um ambiente ideal e tranquilo (Houghton et al., 2022).

2.4.3. Práticas intergeracionais com crianças com Necessidades Especificas de Educação

As crianças para serem bem-sucedidas devem desenvolver inúmeras competências sociais ao longo do seu desenvolvimento e, por outro lado, as pessoas idosas para manterem o seu bem-estar emocional não devem ser isoladas e esquecidas (Darrow & Belgrave 2013). Os PI permitem uma troca de aprendizagens que permite que tanto os adultos como as crianças beneficiem deste tipo de programas. Estes programas denotam benefícios em ambos os grupos intervenientes, na medida em que tanto as crianças como as pessoas idosas têm necessidades que podem ser satisfeitas através destas interações inerentes a atividades para todas as idades (Darrow & Belgrave 2013).

As pessoas idosas participantes dos programas verificam uma maior sensação de bem-estar e utilidade, e uma diminuição do isolamento. Relativamente às crianças, é demonstrado que estes promovem melhorias no âmbito escolar, como uma melhoria no desempenho em leitura e atenção, motivação para aprender, concentração, diminuição do comportamento disruptivo na sala de aula, melhorias no clima escolar, redução da utilização de serviços especiais na escola, respeito por si próprio, preocupação com os outros, (Aemmi & Karimi, 2017). Para além disso, também ao nível socio-emocional, é importante notar que os PI podem levar ao desenvolvimento de comportamentos mais pró-sociais e de empatia, melhores competências de regulação emocional e um maior sentido de comunidade (Banks & Liang, 2024). Os benefícios neste domínio permitem que as crianças desenvolvam um maior sentimento de bem-estar nas relações, competências sociais, de regulação de emoções e consequentemente no desempenho escolar (Banks & Liang, 2024). Também Benard & Marshall (2001) corroboram que os PI promovem melhorias nos comportamentos sociais e académicos, demonstrando uma redução nos comportamentos antissociais (menos atos violentos), melhores resultados académicos, melhores relações familiares e melhores relações com os pares.

Metodologia Montessori

2.1.1. Conceito de Metodologia Montessori

O método Montessori foi preconizado por Maria Montessori, médica e pedagoga italiana, conhecida pela criação da famosa "Casa de Bambinis", em 1907, progressivamente concebida para crianças em idade escolar e bebés, tornando-se num marco da educação pelo método revolucionário instruído (Cruz & Cruz, 2019). Este espaço promovia uma educação centrada no domínio dos sentidos, motor, da linguagem e da matemática, possibilitado o desenvolvimento integral da criança (Gomes et al., 2022). As salas eram adaptadas ao tamanho das crianças, o mobiliário facilmente manipulável, criando-se um espaço acessível e seguro. Para além disso, era disposta uma variedade de materiais de diferentes cores, formas e texturas, que desempenhavam um papel essencial no estímulo ao desenvolvimento sensorial (Gomes et al., 2022).

Anteriormente à aplicação do método na "Casa de Bambinis", Maria Montessori já tinha experienciado a aplicação deste método em crianças com atraso escolar. Posteriormente, tendo em conta os resultados da pedagogia baseada neste método que favorecia a independência cognitiva e o desenvolvimento pessoal e social, pensou-se que o método talvez fosse igualmente adequado para crianças sem qualquer dificuldade (Espinoza, 2022). Deste modo, o método tornou-se bastante popular e foi implementado em inúmeras instituições privadas e publicas, promovendo o desenvolvimento de competências sociais, cognitivas e emocionais das crianças (Rosa & Cruz, 2019).

O método Montessori elabora um novo conceito de ensino, reformulando os processos necessários para a educação, apresentando-os numa outra perspetiva. Este tem como principais objetivos evidenciar o potencial da criança através de um ambiente estruturado, de modo a criar personalidades autónomas, independentes, ordeiras, empáticas, solidárias, críticas e com elevada autoestima (Espinoza, 2022).

A metodologia funciona como uma tríade dinâmica entre a criança, o professor e o ambiente. A criança está no centro da sua educação, tendo a capacidade de aprender de modo autónomo, num espaço envolvente de cooperação e de apoio, criado pelo professor, que desempenha um papel de observador para dirigir as ações espontâneas dos seus alunos. O professor não tem como único objetivo ensinar ou transmitir o conhecimento, mas sim, observar, conhecer a criança, descobrir os seus interesses, estabelecer uma

relação e permitir que esta explore o espaço. Este espaço é designado como um "ambiente preparado", ou seja, uma sala de aula e uma forma de aprendizagem que objetive um desenvolvimento intelectual, físico, emocional e social da criança através da exploração ativa e da aprendizagem (Marshall, 2017). O ambiente envolvente é um dos fatores que se relaciona com o desempenho escolar dos alunos (Espinoza, 2022). Assim, é necessário que os professores criem um ambiente em que a criança possa gerir a sua própria aprendizagem, num ambiente harmonioso e ordenado, onde seja possível a elaboração de um trabalho individual ou coletivo, através da disponibilidade de materiais didáticos e espaços específicos para o desenvolvimento de diferentes matérias (Espinoza, 2022). Deste modo, é possível que a criança aprenda de modo autónomo, através dos materiais fornecidos, preparados para atender às necessidades educacionais de cada um (Cruz & Cruz, 2019). Os materiais assumem também um papel importante nesta metodologia, na medida em que são utilizados com o objetivo que a criança adquira maior independência e autossuficiência, dispostos numa altura que lhes permita aceder quando quiserem, repetindo a sua utilização as vezes que quiserem. Maria Montessori refere que a repetição da utilização dos materiais promove uma maior consciencialização dos sentidos, através da concentração, comparação e julgamento, permitindo que progressivamente adquiram e interiorizem o sentimento de sucesso (Shivakumara, Dhiksha & Nagaraj, 2016). O método Montessori envolve atividades cooperativas e não competitivas, de modo a desenvolver uma elevada autoestima, autoimagem e confiança para resolver problemas e tomar decisões (Shivakumara, Dhiksha & Nagaraj, 2016).

A aplicação deste método assume vantagens para o desenvolvimento da criança nomeadamente o desenvolvimento da sua autonomia, aprendizagem personalizada, ambiente preparado para o ensino, desenvolvimento sensorial, foco nas habilidades sociais e valorização do processo e não do resultado (Espinoza, 2022). No entanto, surgem também algumas limitações na implementação do método, nomeadamente a falta de padronização, a formação limitada dos professores e as limitações de recursos para a sua implementação nas escolas públicas (Courtier et al., 2021; Witmer, 1914).

2.1.2. Método Montessori aplicado ao envelhecimento e à demência

O envelhecimento provoca inúmeras alterações na pessoa idosa, com a possibilidade de conduzirem a perturbações neurológicas e psíquicas que

consequentemente causam complicações físicas e psicológicas, com influência no decorrer de vida destes indivíduos. Deste modo, surge a necessidade de promover a saúde, numa perspetiva de autonomia, independência e capacitação ao longo deste processo de envelhecimento, sendo estes fatores determinantes para a promoção de uma boa qualidade de vida (Pachoal, 2002).

O modelo de "envelhecimento ativo" defende a implementação de ações que promovam uma vida integrada e participativa na sociedade, garantindo que as pessoas mais velhas possam envolver-se na vida social com segurança e em condições de saúde adequadas. Ao prevenir doenças incapacitantes normalmente associadas ao envelhecimento e promover a participação ativa destes indivíduos em diversas esferas da sociedade, seja no contexto social, cultural, económico ou político, bem como na vida familiar e comunitária é possível integrar esta população de forma mais plena e significativa (Bárrios e Fernandes, 2014). O envelhecimento ativo objetiva dotar as pessoas com uma maior autonomia, relacionando-se com a capacidade de tomar decisões e gerir a sua vida, bem como a capacidade de desempenho no autocuidado e atividades de vida diária (Sequeira, 2010).

A intervenção psicológica e socioeducativa é uma realidade cada vez mais frequente e prioritária nesta fase de vida, cujo principal objetivo é preservar ao máximo a autonomia das pessoas e promover o seu desenvolvimento pessoal e social. Entre as abordagens que ganharam maior destaque nos últimos anos, salientam-se as intervenções nas áreas da Reminiscência, Validação e Orientação para a Realidade, Montessori e Estimulação Cognitiva. Para além disso, estes tipos de intervenções, têm sido igualmente associadas a um modo de prevenção de quadros demenciais (Amante et al., 2015).

O método Montessori no envelhecimento tem como objetivo a promoção do autocuidado e independência, de modo que os indivíduos sejam independentes na implementação das suas escolhas. Para além disso, pretende promover a integração social, bem como a estimulação cognitiva e sensorial (Barrero, 2017). Aliado ao envelhecimento estão inúmeras patologias, nomeadamente a demência, é uma das mais comuns e desafiantes nos indivíduos pessoas idosas (Mousavi et al., 2022). O diagnóstico e posterior tratamento desta patologia pode reduzir a sua progressão e disfunção, bem como reduzir os custos de tratamentos. As intervenções não-farmacológicas têm sido abordadas como uma primeira opção para a intervenção desta patologia, diminuindo a utilização de antipsicóticos e sedativos, melhorando assim a qualidade de vida das pessoas idosas

(Chan et al., 2021). O método Montessori, adaptado às pessoas idosas com demência, introduzido e desenvolvido pelo Dr. Cameron Camp e os seus colaboradores, é uma proposta de tratamento não farmacológico que pretende maximizar as capacidades dos indivíduos com esta patologia (Mousavi et al., 2022).

A aplicação do método Montessori, abrange um conjunto de atividades que englobam cinco áreas distintas, nomeadamente a área sensorial, área da linguagem, área da matemática e raciocínio, área das atividades de vida diária e área das ciências (Brandão e Martín, 2012). Para além disso, as atividades devem seguir determinados princípios (Camp et al., 1997; Tavares et al., 2009):

a) Utilizar materiais da vida real e esteticamente agradáveis;
b) Atividades apresentadas do simples para o complexo;
c) As atividades devem fornecer feedback imediato;
d) Permitir o progresso da aprendizagem e sequência (observação, reconhecimento,
e) recordação/demonstração);
f) Fazer pausas nas atividades, realizando uma tarefa de cada vez;
g) Promover a opção de escolha por parte dos indivíduos;
h) Assegurar que as atividades são adaptadas às capacidades de cada individuo;

Os terapeutas têm um papel essencial na aplicação do método Montessori, garantindo que as atividades e o ambiente sejam ajustados às necessidades e capacidades individuais de cada pessoa, seja criança, adulto ou idoso. Através de uma abordagem personalizada, os terapeutas promovem a implementação de um ambiente inclusivo e estimulante, facilitando a aprendizagem e o bem-estar físico, emocional e cognitivo das pessoas idosas (Tavares et al., 2009). O técnico deve sempre privilegiar e incentivar a participação da pessoa idosa na escolha das atividades, promovendo também a liberdade no manuseio dos materiais. Além disso, não se deve destacar os erros cometidos, nem pedir à pessoa idosa que os identifique, visando criar um ambiente de confiança e segurança, que minimize sentimentos de frustração. Durante a interação com a pessoa idosa, é importante aplicar técnicas que favoreçam a comunicação e motivem sua participação nas tarefas. Considerando que a intervenção se destina a pessoas idosas com comprometimento cognitivo, a linguagem utilizada deve ser adequada, com frases curtas, claras e pronunciadas de forma lenta, permitindo que a pessoa idosa assimile a informação e seja solicitado a repetir a mensagem, facilitando sua compreensão (Camp et al., 1997; Tavares et al., 2009):

2.1.3. Montessori aplicado à criança com Necessidades Especificas de Educação

O método Montessori, como referido anteriormente, foi originalmente implementado em crianças com necessidades educativas especiais, promovendo inúmeros benefícios a crianças com e sem NEE, criando um espaço de independência e criatividade, onde as crianças possam aprender ao seu próprio ritmo (Yonkers, 2023).

Atualmente, é reconhecido que cada criança possui características e necessidades únicas, seja devido a fatores como diferentes estilos de aprendizagem, atrasos no desenvolvimento ou défices intelectuais, necessitando uma abordagem distinta dos métodos educativos tradicionais. O método Montessori surge como uma abordagem inovadora, focada na aprendizagem e no desenvolvimento dessas crianças. Este método vai além do âmbito académico, apoiando também o desenvolvimento sensorial e social, preparando a criança para a vida real (Doğru & Doğru., 2024). Deste modo, o método Montessori, deve adaptar-se às necessidades de cada criança, através de (Yonkers, 2023):

1. **Aprendizagem personalizada:** O método Montessori adapta-se ao ritmo e estilo de aprendizagem de cada criança. Os terapeutas escolhem e organizam os materiais de acordo com os interesses e capacidades de cada individuo.

2. **Materiais práticos:** O método Montessori utiliza materiais concretos para facilitar a aprendizagem, uma abordagem que se mostra especialmente eficaz para crianças com necessidades especiais, estimulando a aprendizagem através de experiências visuais e tácteis.

3. **Equilíbrio entre liberdade e disciplina:** Este método proporciona um ambiente onde as crianças sentem liberdade e responsabilidade, ao mesmo tempo em que mantêm uma estrutura disciplinada. Esse equilíbrio é imprescindível para crianças com NEE, pois a liberdade reforça a autoestima e a disciplina oferece segurança.

4. **Ambiente de aprendizagem natural:** O método Montessori promove um espaço de aprendizagem que é equilibrado, organizado e seguro. Este ambiente é crucial para a aprendizagem de crianças com necessidades especiais, pois minimiza os estímulos externos e favorece um ambiente favorável à aprendizagem.

5. **Observação contínua:** O progresso das crianças é acompanhado por meio de observação e avaliação constantes. Esse processo é particularmente importante

para identificar as áreas fortes e as áreas fracas nas crianças com necessidades especiais.

2.1.4. Método Montessori numa intervenção psicomotora intergeracional

O método Montessori é "um método educativo, caracterizado pela independência, liberdade com limites e respeito pelo desenvolvimento físico e social da criança" (Kayili & Ari, 2011, p. 2107). Tem como objetivo promover tanto as potencialidades das crianças como das pessoas idosas, no ambiente estruturado, criando indivíduos mais autónomos, independentes, empáticas e alta autoestima, estimulando processos cognitivos como a memória, linguagem, raciocínio, orientação, entre outros (Espinoza, 2022., Tavares et al., 2009).

Os PI permitem a troca de recursos e de aprendizagem entre gerações mais velhas e mais novas em prol de benéficos sociais e individuais. Um dos métodos utilizados neste tipo de programas é o método Montessori, que permite unir crianças e pessoas idosas, para que estes beneficiem tanto ao nível social como emocional. Camp et al (1997), foi o pioneiro na implementação do método Montessori em PI envolvendo crianças e pessoas idosas com demência. Foram experienciadas atividades como jardinagem, expressões plásticas, música e leitura. Apesar das ínfimas descobertas existentes até ao momento, foi possível identificar a eficácia deste tipo de intervenção entre indivíduos com demência e crianças, no entanto as atividades devem ser significativas para ambas as gerações e estruturadas de acordo com os défices cognitivos observados. Posteriormente à aplicação deste método, as pessoas idosas expressaram sinais de gratificação, paciência, cuidado. A crianças expressaram orgulho e gratificação pelos conhecimentos e competências que adquiriram.

Numa investigação conduzida por Jarrot e Bruno (2007), envolvendo 70 crianças e 80 pessoas idosas com Alzheimer, 91% dos cuidadores das pessoas idosas comprovaram que este método numa intervenção com ambos os grupos, acarretou benefícios tanto ao nível das interações como do afeto. As pessoas idosas expressam maior alegria, tranquilidade e autoconfiança. A maioria das pessoas idosas referiram sentir-se mais amados, felizes, interessados, prestáveis e mais jovens. Apesar dos benefícios reportados, a implementação destes programas deve ser realizada de um modo cuidadoso para não

existirem efeitos contrários ao esperado (Wendland & Parizet 2023). Para além disso, é importante denotar que, dependendo do tipo de PI (frequência, conteúdo, objetivos), das características dos participantes (idade, nível de dependência ou patologia), ou da formação do técnico, o impacto dos programas pode ser bastante diverso tanto para as crianças como para as pessoas idosas. Embora sejam verificados efeitos positivos em inúmeras investigações, algumas delas salientam igualmente alguns riscos e desafios destes programas (Wendland & Parizet 2023).

Parte III – Estudo realizado

3. Metodologia

3.1. Tipo e desenho de estudo

O presente estudo terá um enfoque quantitativo e qualitativo, caracterizando-se comouma análise de estudos de caso de natureza longitudinal. O estudo integrou 3 pares de participantes, cada um incluindo uma criança e uma pessoa idosa que participaram numaintervenção psicomotora utilizando o método Montessori. Os participantes foram avaliados antes da intervenção (avaliação inicial) e após a intervenção (avaliação final). A investigação foi sustentada na recolha de dados quantitativos e qualitativos, que posteriormente foram analisados de modo detalhado e conciso.

3.2. Participantes

A amostra deste estudo foi composta por um total de 6 participantes (n=6) que frequentam uma associação sem fins lucrativos, em que o seu principal objetivo é auxiliar no pagamento de terapias, bem como oferecer à população intervenções em inúmeras valências. Os critérios de inclusão estipulados foram pessoas idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos e crianças com faixa etária compreendida entre o 1º e 2º ciclo, de ambos os sexos, com algum tipo de comprometimento cognitivo. Como critério de exclusão considerou-se com demências muito avançadas, determinado através de diagnósticos realizados à priori e referidos no momento da entrevista.

Os 6 participantes voluntários foram divididos em 3 pares, que beneficiaram da intervenção, cada um composto por 1 criança e 1 pessoa idosa. Previamente à intervenção foi necessário proceder à alteração de um dos pares, motivado pelo abandono da

Associação de um participante idoso devido à sua institucionalização. Deste modo, foi recrutado uma outra pessoa idosa para participar no estudo e criado um novo par. Cada uma das três crianças apresenta uma patologia diagnosticada, nomeadamente um Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI), Perturbação da Ansiedade (PA) e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Relativamente às três pessoas idosas apenas dois apresentam patologias diagnosticadas, designadamente Doença de Alzheimer (DA) e Depressão (D), sendo que os restantes, não tendo uma perturbação neurológica diagnosticada, exibem alguns défices cognitivos de acordo com o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), conforme se observa na tabela 1, em que também são indicados as idades e o sexo de cada participante. É importante referir que os pares foram constituídos de acordo com a similaridade dos seus perfis psicomotores e mediante a verificação da existência de uma dinâmica positiva entre os elementos de cada par.

Tabela 1

Características Gerais da Amostra

ar	Criança (C)	Idade C	Sexo C	Problemática C	Pessoa Idosa (PI)	Idade PI	Sexo PI	Problemática PI
Par 1 (MI+M)	MI	12	F	PHDA	JA	80	F	DA
Par 2 (JO+ML)	JO	12	F	PDI	LI	77	F	DC
Par 3 (GE+ME)	GE	12	M	PA	EJ	76	F	D

Legenda 1: C=Criança; I= Pessoa idosa; F= Feminino; M= Masculino; PHDA= Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; PDI= Perturbação do Desenvolvimento Intelectual; Perturbação da Ansiedade; DA= Doença de Alzheimer; DC= Défices Cognitivos; D= Depressão

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora (Id. nº 22239).

3.3. Procedimentos gerais

A amostra foi recolhida posteriormente a um pedido formal de colaboração à Presidente da associação, tendo sido obtida autorização por parte de todos os membros da instituição. Para este efeito, foi entregue um consentimento informado aos

participantes/cuidadores formais/pais, no qual estavam descritos detalhadamente os objetivos, questões de confidencialidade e os procedimentos da intervenção, de modo garantir que seriam cumpridas todas as questões éticas. As crianças e as pessoas idosas foram igualmente informadas relativamente aos procedimentos gerais da intervenção, bem como à disponibilidade do terapeuta para responder a qualquer questão, tendo sido recebido o consentimento verbal para a realização das sessões. É importante referir, que todas as informações adquiridas foram utilizadas apenas para fins académicos e científicos. A confidencialidade dos participantes foi conseguida através da substituição do primeiro e último nome pelas iniciais dos mesmos em todos os registos e bases de dados. As crianças foram identificadas como MI, JO, GE, e as pessoas idosas por JA, EJ, LJ.

Sendo um estudo realizado com uma amostra de conveniência, o processo de obtenção de dados iniciou-se através de uma primeira sessão de avaliação pré intervenção que incluiu uma entrevista aplicada aos pais e às pessoas idosas e cuidadores e a aplicação dos instrumentos de avaliação para a formação dos pares. Posteriormente foi realizada uma sessão inicial de observação com os pares formados, através da Grelha de Observação do Comportamento (GOC). Esta sessão de observação foi realizada num momento pré e pós intervenção, com estrutura semelhante, de modo a recolher dados relacionados com competências e atitudes socio-emocionais

3.4. Intervenção

A intervenção psicomotora, decorreu num contexto semanal, tendo sido realizadas no total 45 sessões, sendo que cada par beneficiou de 15 sessões. A duração de cada sessão dependeu do ritmo de cada par, tendo sido necessários 45 minutos ou 60 minutos para a realização de todas as atividades propostas. As sessões seguiram a tipologia usual das sessões de psicomotricidade: iniciando 5 minutos de diálogo inicial, seguido de 10 minutos de preparação para a sessão, 25 minutos de core da sessão, 10 minutos de retorno à calma, finalizando com 5 minutos de diálogo final. Todas as sessões foram realizadas numa sala equipada, sem presença de luz solar, o que permitiu regular a luminosidade sempre que necessário, com disponibilidade de uma coluna de música e de algum equipamento snoezelen. Os materiais utilizados nas sessões foram maioritariamente construídos pela terapeuta, à exceção dos materiais utilizados durante o momento de relaxação, disponibilizados pelas terapeutas da associação.

As sessões foram divididas de acordo com as cinco áreas definidas pelo Método Montessori: Área Sensorial, Área da Linguagem, Área da Matemática, Área do Raciocínio, Área das Atividades de Vida Diária e Área das Ciências. Em cada área foram focadas atividades de componente visual, componente olfativa, componente auditiva e componente tátil inerente no momento de relaxação.

3.5. Instrumentos de avaliação e variáveis

Para recolha de dados sociodemográficos dos participantes foi realizada uma entrevista aos pais das crianças e às pessoas idosas e seus cuidadores. Estes dados recolhidos, bem como algumas questões pertinentes consultadas nos processos clínicos dos utentes presentes na associação, serviram para a realização posterior da anamnese. As competências psicomotoras das pessoas idosas foram avaliadas utilizando o Exame Gerontopsicomotor (EGP), o Montereal Cognitive Assessment (MoCA). Relativamente às crianças, as suas competências psicomotoras foram avaliadas utilizando a Bateria Psicomotora, o D2- Teste de Atenção. Em ambas as populações foram utilizadas a Grelha de Observação (GOC) para avaliar as competências e atitudes socio-emocionais antes e após a intervenção.

A. Instrumentos de avaliação para a pessoa idosa

3.5.1 Perfil Psicomotor

O perfil psicomotor foi acedido pelo Exame Gerontopsicomotor (Michel, Soppelsa & Albaret, 2010), em que permite avaliar quantitativa e qualitativamente as competências psicomotoras de indivíduos com 60 ou mais anos, sendo utilizada a versão validada para a população portuguesa por Morais, Fiúza, Santos e Lebre (2021). Este instrumento de avaliação é constituído por 17 itens, abrangendo diversas áreas nomeadamente equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico, mobilizações articulares, praxias, motricidade fina dos membros superiores e inferiores, conhecimento das partes do corpo, vigilância, perceções, memória verbal, memória percetiva, domínio espacial e temporal e comunicação verbal e não-verbal (Rocha et al., 2016).

Cada um dos 17 itens corresponde a uma ou mais tarefas, sendo atribuída uma cotação entre 0 e 6 pontos e posteriormente realizado o somatório das pontuações dos

itens, resultando numa cotação final. O valor correspondente ao resultado final deve ser comparado com a média correspondente à faixa etária do individuo avaliado (Rocha et al., 2016).

3.5.2 Estado cognitivo

O estado cognitivo da pessoa idosa foi acedido pelo MoCA. Este é um instrumento breve, prático e eficaz no rastreio de défice cognitivo ligeiro. Em Portugal, o MoCA foi adaptado e validado à população portuguesa, tendo sido estabelecidas normas de interpretação desta prova (Freitas et al., 2011). É constituído por um protocolo de uma página, com uma aplicação média de 10 minutos, avaliando oito domínios: Função Executiva; Capacidade Viso-Espacial; Memória; Atenção, Concentração e Memória de Trabalho; Linguagem e Orientação. Em cada um dos domínios são incluídas diversas tarefas, estando incluídas 5 das 6 tarefas mais frequentemente utilizadas no rastreio da demência (Freitas et al., 2011). Relativamente às pontuações, a pontuação máxima possível é de 30 pontos, sendo que pontuações elevadas significam melhor performance cognitiva e uma pontuação igual ou superior a 26 é considerada normal. Comparativamente ao Mini Mental State Examination, o MoCA avalia mais funções executivas com um maior grau de complexidade (Freitas et al., 2011).

O instrumento pode também proporcionar uma estimativa quantitativa da capacidade cognitiva, para além de uma avaliação meramente qualitativa, alargando e reforçando assim a sua utilidade para monitorizar a magnitude das alterações das capacidades cognitivas associadas à evolução da patologia ou resultantes de estratégias de intervenção (Freitas et al., 2011).

B. <u>Instrumentos de avaliação para as crianças</u>

3.5.3 Perfil Psicomotor

O perfil psicomotor das crianças foi acedido pela Bateria Psicomotora (BPM), elaborada por Vítor da Fonseca. É um instrumento pedagógico que surgiu com o intuito de analisar qualitativamente o perfil psicomotor, auxiliando a compreensão de problemas de comportamento e de aprendizagem evidenciadas em crianças e jovens entre os 4 e 12 anos. Este instrumento é baseado num conjunto de tarefas, que permite avaliar défices funcionais, ou identificar a sua ausência, através da avaliação de sete fatores psicomotores Tonicidade, Equilibração, Lateralidade, Noção de Corpo, Estruturação Espácio-Temporal, Praxia Global e Praxia Fina (Fonseca, 2024).

Em todos os fatores e subfactores o nível de realização é medido numericamente, em que é atribuída a cotação de 1 ponto se houver ausência de resposta, realização imperfeita, incompleta, inadequada e descoordenada (muito fraco e fraco) disfunções evidentes e óbvias, objetivando dificuldades de aprendizagem significativas – Apráxia; Cotação de 2 pontos se for verificada uma realização fraca com dificuldade de controlo e sinais desviantes (fraco, insatisfatório), disfunções ligeiras objetivando dificuldades de aprendizagem - Dispraxia; Cotação de 3 pontos se ocorrer uma realização completa, adequada e controlada (bom), disfunções indiscerníveis, não objetivando dificuldades de aprendizagem – Eupraxia; Cotação de 4 pontos se for verificada uma realização perfeita, precisa, económica e com facilidades de controlo (excelente, ótimo), objetivando facilidades de aprendizagem – Hiperpraxia (Fonseca, 2024).

3.5.4 Estado Cognitivo

O estado cognitivo das crianças foi acedido através da aplicação do D2- Teste de Atenção, da autoria de Rolf Brickenkamp, adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Rocha, 2007, tem como objetivo a avaliação de vários aspetos da atenção seletiva e da capacidade de concentração, abrangendo uma vasta população, desde crianças a partir dos 8 anos a adultos.

O construto da atenção e concentração, de acordo com o autor, é abordado na perspetiva de realização de uma tarefa orientada de forma continua e focalizada na seleção de estímulos. Para este processo, é essencial a capacidade do sujeito de considerar seletivamente determinados aspetos relevantes de uma tarefa, enquanto ignora os mais irrelevantes, de maneira precisa e rápida.

A tarefa consiste em procurar cada linha, da esquerda para a direita, as letras ‘d’ com dois traços (p.e., dois traços em cima, dois traços em baixo, um traço em cima e outro em baixo) e assinalá-las com um traço (/). É necessário que o sujeito tenha em atenção que existem letras ‘d’ com mais ou menos dois traços, assim como letras ‘p’. Nestes casos as letras não devem ser assinaladas. O tempo de resolução de prova é cronometrado, sendo que o sujeito dispõe de 20 segundos por linha. São contabilizados os erros os acertos, bem como a velocidade de resposta, de modo a avaliar o desempenho do sujeito.

Deste modo, o D2 exige que o sujeito assinale um estímulo específico, medindo a velocidade de processamento de informação, a precisão nesse processamento e aspetos qualitativos relacionados com o desempenho.

C. Instrumentos de avaliação para as crianças e pessoa idosa

3.5.5 Competências psicomotoras (complementares ao perfil psicomotor) e competências e atitudes socio-emocionais

a) Anamnese

Os dados relativos à idade, escolaridade e informações sobre a família dos participantes foram recolhidos por meio de uma anamnese, realizada através de uma entrevista dirigida aos pais e cuidadores das pessoas idosas. De acordo com Bickley & Szilagyi (2017), a anamnese consiste numa entrevista estruturada com o objetivo de recolher informações essenciais sobre o historial pessoal, familiar e social do indivíduo, sendo um método fundamental para obter um perfil completo do participante. Esse processo envolve a identificação do entrevistado, o motivo da consulta, o historial da doença atual, antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida e contexto social. Conforme descrito na International Encyclopedia of Housing and Home (2012), a anamnese é um método sistemático para a obtenção de informações que permitem compreender o contexto socioeconômico e familiar do indivíduo, oferecendo uma visão integrante da sua realidade.

Assim, a aplicação deste método de recolha de dados permitiu obter informações relevantes sobre o contexto sociofamiliar e as condições de vida dos participantes, contribuindo para a caracterização completa da amostra e para a análise qualitativa dos resultados obtidos (Bickley & Szilagyi, 2017; International Encyclopedia of Housing and Home, 2012).

b) Sistemas de Observação

De modo a observar as competências e atitudes socio-emocionais individuais, foi utilizada a Grelha de Observação do Comportamento (GOC) disponível no repositório da Universidade de Lisboa (Duarte et al., 2015).

A GOC destina-se à observação e registo de comportamentos do individuo ao longo da intervenção. Pode ser aplicada independentemente da faixa etária e condição biopsicossocial, sem necessidade de utilização de um material específico nem padronizada na sua administração. A GOC permite registar de um modo qualitativo os comportamentos observados num determinado momento, podendo servir para comparar

a evolução a critério comportamental no início, meio e fim da intervenção (Duarte et al., 2015). Esta grelha permite observar cinco domínios como o aspeto somático, apresentação, comportamento e desempenho nas tarefas, relação e aspetos psicomotores. Estes mesmos domínios integram vários subdomínios, que por sua vez podem englobar categorias compostas por itens (Duarte et al., 2015).

Para a análise das duas sessões observadas (primeira e última sessões de intervenção), foi desenvolvido um sistema de observação estruturado com categorias definidas *a priori*, elaborado com base na Grelha de Observação Comportamental (Duarte et al., 2015), revisão de literatura complementar e osculação de especialistas, em acordo com as orientações metodológicas para estudos observacionais e qualitativos (Lofland et al., 2022; Low et al., 2024). A sua construção, apresentada em forma de tabela (ver tabela 2) foi organizada hierarquicamente em categorias principais, secundárias e terciárias, com foco nos parâmetros e variáveis de interesse do presente estudo, permitindo uma análise minuciosa e sistemática dos comportamentos observados. Esta abordagem está alinhada com práticas recomendadas para protocolos observacionais, que destacam a importância da categorização estruturada, da clareza metodológica e da organização sistemática na análise qualitativa (Low et al., 2024). Deste modo estabeleceu-se a categoria principal **Interação**, subdividida em duas categorias secundárias: **Comunicação Não Verbal** e **Comunicação Verbal**. A categoria **Comunicação Não Verbal** contempla os seguintes categorias terciárias/comportamentos, com as respetivas classificações: *Contacto ocular* (Sim/Não), *Proximidade* (Existe/Não Existe), *Toque* (Sem toque/Com, toque solicitado/Com toque espontâneo), *Entreajuda* (Quando solicitada/Espontânea), *Empatia* (Sim/Não), *Motivação para tarefas* (Pouca/Muita/Sem motivação), *Expressão facial* (Adequada/Desadequada) e *Atitude afável* (Afável/Indiferente). Por sua vez, a categoria **Comunicação Verbal** inclui os seguintes categorias terciárias/comportamentos, com as respetivas classificações: *Diálogo espontâneo* (Sim/Não), *Diálogo autodepreciativo* (Sim/Não), *Discurso carinhoso* (Sim/Não) e *Discurso intrusivo* (Sim/Não).

Para além disso, foi criada a categoria principal **Componentes Psicomotores,** subdividida nas categorias secundárias **Domínio Motor e Domínio Cognitivo**. O Domínio Motor inclui as seguintes categorias terciárias, com as respetivas classificações: *Hipertonia* (Sim/Não), *Hipotonia* (Sim/Não), *Postura desadequada* (Sim/Não), *Relaxamento autónomo* (Sim/Não) e *Postura recetiva* (Sim/Não). O Domínio Cognitivo contempla: *Capacidade de atenção* (Dificuldade/Facilidade), *Compreensão das instruções* (Dificuldade/Facilidade), Discurso (Confuso/Claro) e *Memória*

(Dificuldade/Facilidade).

Tabela 2

Sistema de Observação

Categoria Principal	Categoria Secundária	Categoria Terciária	Categoria de Classificação
Interação	Comunicação Não Verbal	Contacto ocular	Sim/Não
		Proximidade	Existe/Não Existe
		Toque	Sem toque/Com toque solicitado/Com toque espontâneo
		Cooperação	
		Entreajuda	Quando solicitada/espontânea
		Empatia	Sim/Não
		Motivação para tarefas	Pouca /Muita/ Nenhuma
		Expressão Facial	Adequada/Desadequada
		Atitude	Afável/Apatia
	Comunicação Verbal	Comunicação	Pouca/Muita/Nenhuma
		Diálogo Espontâneo	Sim/Não
		Diálogo autodepreciativo	Sim/Não
		Discurso Carinhoso	Sim/Não
		Discurso Intrusivo	Sim/Não
Componentes Psicomotores	Domínio Motor	Hipertonia	Sim/Não
		Hipotonia	Sim/Não
		Postura Desadequada	Sim/Não
		Relaxamento Autónomo	Sim/Não
		Postura Recetiva	Sim/Não
		Tiques	Sim/Não
		Sincinésias	Sim/Não
	Domínio Cognitivo	Capacidade de Atenção	Dificuldade/Facilidade
		Compreensão das instruções	Dificuldade/Facilidade
		Discurso	Confuso/Claro
		Memória	Dificuldade/Facilidade

4. Resultados

Par 1: MI e JA

a) <u>Resultados da anamnese e caraterização do par 1</u>

A MI é uma criança com 12 anos, que frequenta atualmente o 6º ano. Pertence a uma família atenta e muito preocupada. É a irmã mais nova de duas irmãs. A MI ao longo dos anos foi sendo acompanhada por algumas vertentes terapêuticas sido acompanhada em psicomotricidade e psicologia desde 2022, uma vez por semana, posteriormente ao diagnóstico de Défice de Atenção e Impulsividade. No entanto, no momento da intervenção proposta neste estudo apenas continuou a ser acompanhada pela psicóloga. É uma menina muito simpática e que procura sempre iniciar uma conversa e centralizá-la nela própria. Tem discursos geralmente autodepreciativos, demonstrando falta de confiança e alguma necessidade de ser elogiada.

A JA é uma idosa com 83 anos, casada, com 5 filhos. A sua família é muito unida, existindo muito apoio prestado por parte de todos os filhos. É muito conversadora e gosta imenso de conversar e partilhar acontecimentos da sua vida. A JA tem vindo a perder a sua autonomia gradualmente devido a alguns problemas de saúde, nomeadamente a osteoporose, o que dificulta bastante a sua mobilidade para o exterior da sua habitação. Tem sido acompanhada em Psicomotricidade desde 2021 por esquecimentos recorrentes que comprometem a sua vida diária e que a entristecem bastante. No entanto, apesar do objetivo implementado de manter as capacidades existentes e atrasar o agravamento dos défices ao nível da memória, o estado da JA tem piorado gradualmente. A JA tem sofrido algumas quedas ao longo do tempo, nomeadamente no período de intervenção, alterando notoriamente o seu estado, agravando significativamente as dificuldades na noção do tempo e espaço, memória e locomoção. No momento em que foi iniciada a intervenção, a família suspeitava da possibilidade da existência de início de Alzheimer, pelo seu declínio cognitivo fugaz e significativo, facto que foi comprovado posteriormente.

b) <u>Resultados e análise dos efeitos da intervenção no par 1</u>

Os dados obtidos através do EGP permitem-nos verificar que durante a intervenção psicomotora houve um declínio das capacidades relacionadas com alguns fatores

nomeadamente no Equilíbrio Dinâmico, Mobilizações Articulares, Praxias, Vigilância e no Domínio Espacial, como é possível observar na Figura 1. Verifica-se que as áreas mais fracas, tanto na avaliação inicial como na avaliação final são o Equilíbrio Estático II e Equilíbrio Dinâmico II, com uma pontuação de 0, que se referem ao equilíbrio sobre a ponta dos pés, sobre um pé e durante percurso de marcha e corrida. Estes dois itens foram pontuados com uma cotação de 0, pelo facto da JA ter imensas dificuldades de locomoção, deslocando-se sempre com imenso cuidado e apoio de uma bengala para diminuir o risco de quedas. Desse modo, as tarefas desses itens não foram realizadas com sucesso, não tendo sido possível a JA se colocar na ponta dos pés nem realizar uma marcha acelerada ou corrida. Por outro lado, em ambos os momentos de avaliação, tanto o Equilíbrio Estático I como o Equilíbrio Dinâmico I foram consideradas as áreas mais fortes, sem reequilibrações ou oscilações, apesar do apoio de uma bengala, tendo sito atribuída uma cotação de 5 valores. Comparando o equilíbrio de um modo geral, antes e depois do período de intervenção, é notório que este tem vindo a ser mais oscilante devido a uma queda ocorrida durante este período. Relativamente à mobilidade articular e praxias, estas duas áreas também regrediram comparativamente aos dois momentos de avaliação. Posteriormente à análise das pontuações dos 17 itens do EGP, concluiu-se que o valor total obtido se encontra bastante abaixo da média pretendida para a idade da participante que é de 87,7.

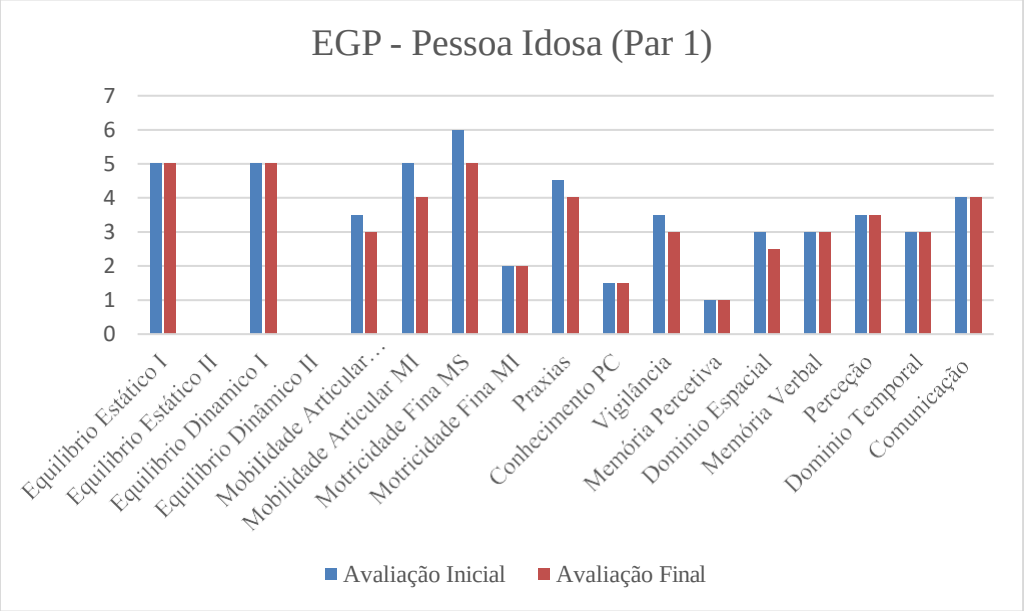


Figura 1 - *Gráfico comparativo EGP - Pessoa idosa (Par 1)*

Os dados obtidos através do MoCA permitem-nos verificar maiores dificuldades em ambos os momentos de avaliação, na área da Nomeação e Evocação Diferida, com pontuação de 0 (Figura 2). Por outro lado, apesar do decréscimo na pontuação comparativamente à avaliação inicial, o domínio da orientação foi considerado a área mais forte

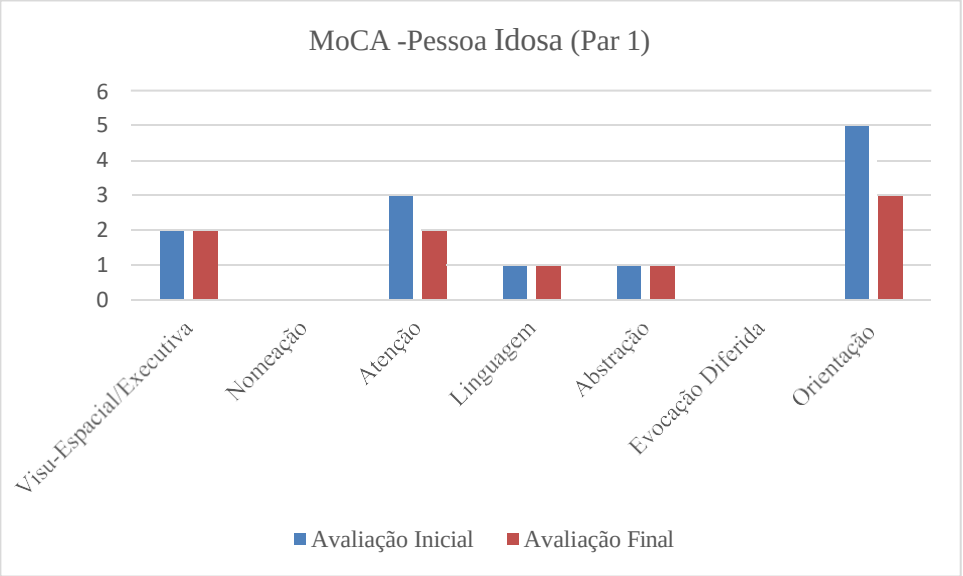


Figura 2- *Gráfico comparativo MoCa - Pessoa idosa (Par 1)*

No caso da criança do par 1, posteriormente à obtenção dos dados nos dois momentos de avaliação, foi possível verificar que houve um progresso notório em alguns fatores psicomotores, nomeadamente na Noção do Corpo e na Praxia Global (Figura 3). Nos restantes fatores psicomotores, Tonicidade, Equilibração, Lateralização, Estruturação Espácio-Temporal e Praxia Fina verificou-se uma manutenção das competências. Na avaliação final foi notório um adequado sentido cinestésico e reconhecimento da direita esquerda, apesar de algumas dificuldades no sentido reversível. A autoimagem, bem como a reprodução de gestos, apesar das melhorias, ainda se encontram abaixo do esperado. A noção das suas capacidades apresenta-se notoriamente menos fragilizada, no entanto perceciona-se ainda uma baixa autoestima e sobretudo baixa autoconfiança. Relativamente à Praxia Global, o planeamento motor encontra-se relativamente menos impulsivo, existindo um contacto ocular prévio e adequação da força e do corpo à tarefa solicitada.

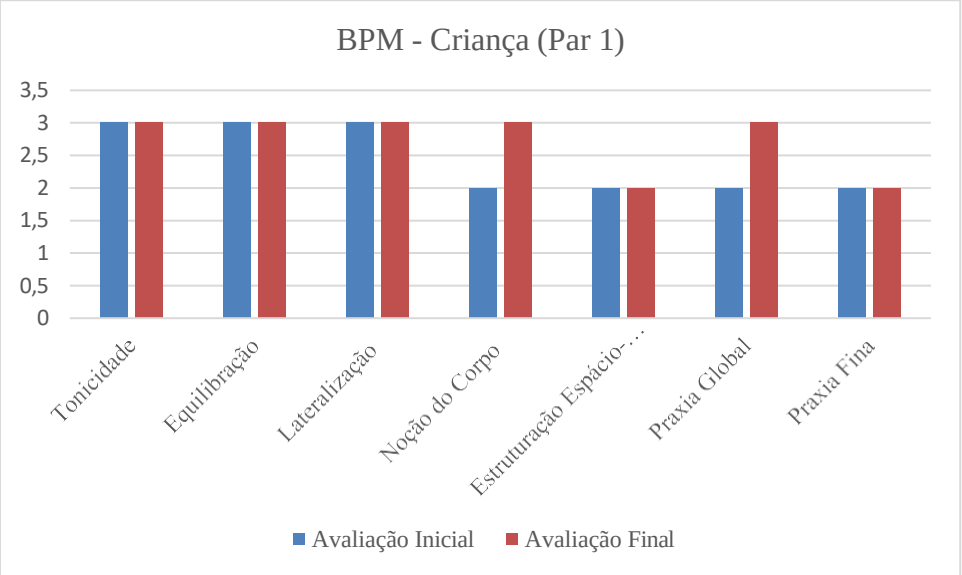


Figura 3 – *Gráfico comparativo BPM – Criança (Par 1)*

A aplicação do D2 - Test, que nos permite avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração, resultou na seguinte obtenção de dados:

Tabela 3

Valores D2-Test – Par 1 (Avaliação Inicial Vs. Avaliação Final)

	Avaliação Inicial		**Avaliação Final**	
Parâmetros	**Pontuação direta**	**Percentil**	**Pontuação direta**	**Percentil**
TC	280	45	369	85
TA	105	25	135	75
TC-E	266	40	351	85
IC	104	40	117	60
IV	26	3	13	45
E%	5	30	0,49	95

Legenda 2: TC – Total de Caracteres Processados; TA – Total de Acertos; TC-E – Total de Eficácia; IC – Índice de Concentração; IV – Índice de Variabilidade; E% - Percentagem de Erros.

De um modo geral os resultados sugerem que a MI apresenta uma capacidade de atenção e concentração adequada à sua idade, visto que os seus percentis se encontram maioritariamente acima da mediana, especialmente na avaliação final. O seu desempenho global (TC-E) encontra- se dentro da mediana. Na avaliação final foi evidente uma progressão na maioria dos itens, demonstrando uma maior eficácia (TA), capacidade de processamento (TC) e consistência na realização da prova.

c) Resultados da Observação

Durante as sessões foram notórias maiores dificuldades no domínio cognitivo por parte da JM, principalmente ao nível da memória e na capacidade de compreensão das atividades. Contrariamente, a MI demonstrou progressos ao nível da capacidade de atenção e concentração, área bastante deficitária no início das sessões. Foi possível permanecer atenta durante um maior período de tempo, e compreender as instruções mencionadas. No entanto, ambas beneficiaram imenso do momento de relaxação, tendo sido possível uma progressiva capacidade de relaxação autónoma, através do toque, meditações guiadas, ou mobilizações, sem presença de sincinesias ou paratonias. No que diz respeito à componente qualitativa do decurso das sessões, foram notórios ligeiros progressos na interação de ambas. A JA tanto no momento inicial como final, apesar das suas dificuldades físicas e cognitivas sempre demonstrou imensa motivação, cooperação e uma postura bastante afável. Contrariamente, a MI permanecia constantemente debruçada sobre a mesa, com uma postura desadequada e pouco recetiva. Os diálogos entre ambas eram praticamente nulos, apenas existiam quando solicitados, principalmente no momento de diálogo inicial como final. Durante as atividades num momento inicial a MI permanecia constantemente com um discurso autodepreciativo, demonstrando pouco autoconfiança e autoestima.

Relativamente às atividades, estas tiveram de ser adaptadas algumas vezes devido às dificuldades acrescidas da JA, e em alguns momentos não era possível que ambas desempenhassem o mesmo papel e tivesse o mesmo nível de participação. A MI nestes momentos era pouco empática e pouco recetiva às dificuldades da JA, tendo discursos como, “Mas isto é muito fácil” “como é que ela não sabe isto?” Pela pouca assiduidade de ambas os progressos neste domínio foram ligeiros e pouco notórios. No entanto, no momento final, foi percetível uma maior entreajuda por parte da Maria, um maior período de contacto visual, bem como uma mudança de postura. Apesar destes progressos, foi percetível um desânimo durante as sessões e pouco desafio nas atividades pela necessidade de adequação ao ritmo da JM. No final de intervenção foi partilhado o contentamento por parte dos filhos da JM desta partilha intergeracional e da sua importância na qualidade de vida.

Tabela 4

Avaliação Qualitativa - Par 1

PAR 1	Fatores Observados	Palavras-chave	
		Momento Inicial	Momento Final
1. Interação	1.1 Comunicação Não verbal	s/ Contacto Ocular s/ Proximidade s/Toque Cooperação Entreajuda quando solicitada Apatia (C) Atitude afável (PI) Expressão facial adequada Pouca motivação para a realização das tarefas (C)	c/Contacto Ocular Proximidade apenas quando solicitada c/Toque apenas quando solicitado Cooperação Entreajuda quando solicitada Atitude afável Expressão facial adequada Empatia (C) Motivação para a realização das tarefas (C)
	1.3 Comunicação verbal	s/ diálogo espontâneo Diálogo autodepreciativo e depreciativos "não consigo" "não sou capaz" Discurso carinhoso (PI) Discurso intrusivo	s/ diálogo espontâneo s/ diálogos autodepreciativos Discurso carinhoso (PI) Diminuição de discurso intrusivo
2. Componentes Psicomotores	2.1 Domínio Motor	c/Hipertonia (PI) Hipotonia (C) Postura desadequada (C) Dificuldade no relaxamento	Eutonia Postura mais recetiva (C) Relaxamento autónomo

Legenda 3: C= Criança; PI= Pessoa Idosa;

Par 2: JO e LJ

a) <u>Resultados da anamnese e caracterização do par 2</u>

A JO é uma menina de 12 anos, que frequenta atualmente o 6ºano, apresentando imensas dificuldades a nível escolar. Reside com a mãe e o padrasto, com quem não tem uma relação de muito amor e afeto. Tem duas irmãs mais velhas com quem apenas

estabelece contacto por videochamada. A JO perdeu o pai quando tinha 5 anos, tendo ficado apenas com mãe até aos 9 anos. A mãe da JO tem alguns défices cognitivos, existindo alguma dificuldade em estabelecer regras e limites. A JO tem sido acompanhada em Psicomotricidade desde 2021, pela presença de tiques e de um diagnóstico de Atraso Global do Desenvolvimento. É uma menina tímida, com um contacto visual muito fugaz, com uma postura inibida e apresentação pouco cuidada.

A LJ é uma idosa com 77 anos, bastante enérgica e conversadora. É viúva e vive sozinha em Monchique. Tem dois filhos com quem mantém contacto diário. Faz imensas atividades, nomeadamente ginástica, passeios pedestres, psicomotricidade e fisioterapia. Iniciou a intervenção psicomotora com o objetivo de prevenir as consequências normais do envelhecimento e estimular a área cognitiva.

b) Resultados e análise dos efeitos da intervenção no par

A obtenção dos dados obtidos relativamente ao EGP, permitiu-nos verificar que ocorreram ligeiros progressos durante a intervenção psicomotora. No entanto, foram também notórios ligeiros retrocessos na área do Equilíbrio Estático I e Equilíbrio Estático II, pelo facto de ter sido necessário uma maior utilidade de apoio na realização de alguns itens (Figura 4). Contudo, a área do Equilíbrio Estático como a área do Equilíbrio Dinâmico continuam a ser áreas fortes, contrariamente à Memória Verbal que continua uma das áreas mais deficitárias, com uma pontuação de 4. Relativamente à Mobilização Articular, área fraca na avaliação inicial, a LJ expressou uma menor tensão articular e menor resistência face aos movimentos, comparativamente à avaliação inicial. Posteriormente à análise das pontuações dos 17 itens concluiu-se que os valores obtidos se encontram na média para a idade da participante, com uma pontuação total de 94,5.

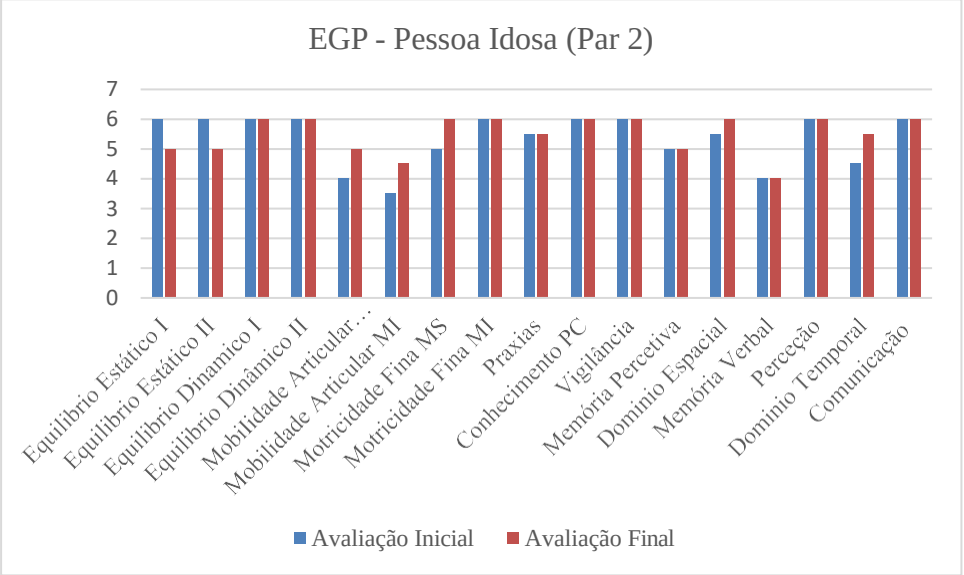


Figura 4 - *Gráfico comparativo EGP - Pessoa idosa (Par 2)*

Relativamente ao MoCA, o desempenho na maioria das áreas manteve-se, no entanto, foram visíveis progressos no domínio da Orientação e um declínio no domínio da Evocação Diferida, tendo existindo maiores facilidades em recorrer à memória de trabalho (Figura 5). O domínio da Abstração continua a ser a área fraca, com visíveis dificuldades no processo de associação e semelhança.

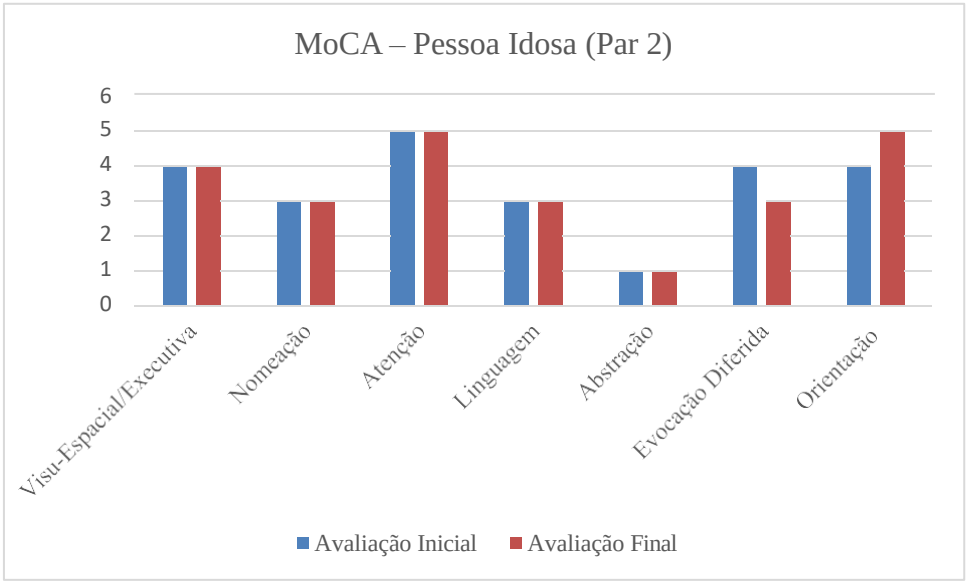


Figura 5 - *Gráfico comparativo MoCa - Pessoa idosa (Par 2)*

Na BPM foi possível verificar um ligeiro progresso na maioria dos fatores

psicomotores, nomeadamente na Tonicidade, Equilibração, Lateralização e Noção do Corpo (Figura 6). Relativamente aos dados obtidos na BPM, ao nível da tonicidade a JO apresentou algumas dificuldades, mais concretamente, no que diz respeito à extensibilidade dos membros superiores, mostrando alguma resistência ao movimento. No entanto, relativamente à descontração voluntária e a passividade revelou bastantes progressos, sobretudo ao nível dos membros superiores, revelando uma menor tensão face ao toque e menor presença de tique e sincinésias. O equilíbrio surge abaixo do esperado, no entanto apresenta maiores facilidades no equilíbrio unipedal. Ao nível da lateralidade foram notórias menos confusões na preferência na lateralidade ocular e auditiva. Ao nível da noção do corpo a JO revela um desenvolvido sentido cinestésico, assim como adequada localização e diferenciação tatiloquinestésica, no entanto demonstra ainda algumas dificuldades na localização reversível de esquerda e direita.

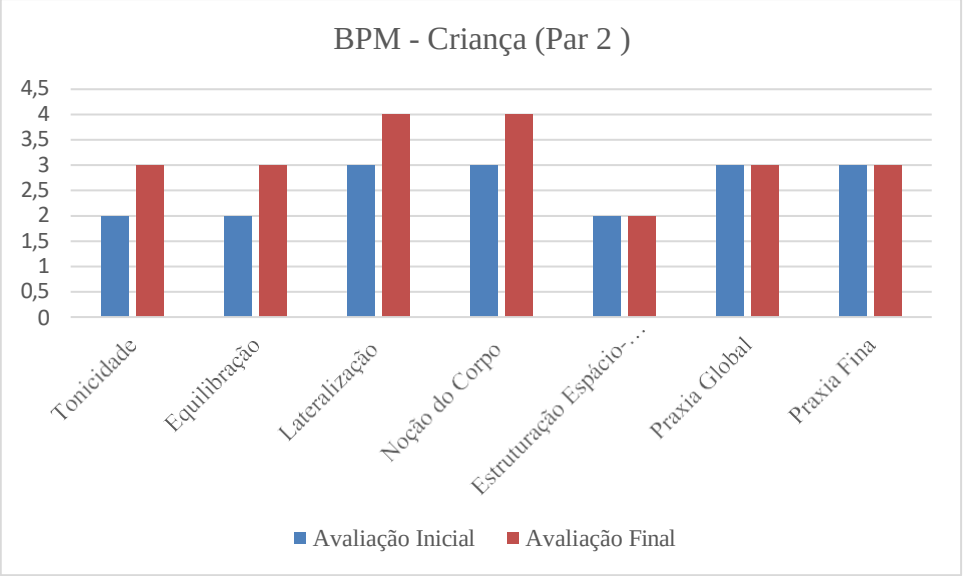


Figura 6- *Gráfico comparativo BPM - Criança (Par 2)*

A aplicação do D2 - Test, que nos permite avaliar a atenção seletiva e a capacidade deconcentração, resultou na seguinte obtenção de dados:

Tabela 5

Valores D2- Test – Par 2 (Avaliação Inicial Vs. Avaliação Final)

	Avaliação Inicial		**Avaliação Final**	
Parâmetros	**Pontuação direta**	**Percentil**	**Pontuação direta**	**Percentil**
TC	347	80	458	99
TA	127	65	155	96
TC-E	321	75	417	98

IC	122	70	153	96
IV	16	25	19	15
E%	7,49	15	8,95	10

L*egenda 3: TC – Total de Caracteres Processados; TA – Total de Acertos; TC-E – Total de Eficácia; IC – Índice de Concentração; IV – Índice de Variabilidade; E% - Percentagem de Erros.*

De um modo geral os resultados sugerem que a JO apresenta uma capacidade de atenção e concentração adequada à sua idade. O seu desempenho global (TC-E) e a sua capacidade de concentração (IC) são superiores comparativamente aos sujeitos do seu grupo etário, uma fez que se encontram no 75. Na avaliação final foi evidente uma progressão na maioria dos itens, à exceção da consistência e percentagem de erro, o que significa que a prestação durante a prova não foi consistente, existindo igualmente um aumento de erros, comparativamente à avaliação inicial.

c) <u>Resultados da Observação</u>

Ao nível das intervenções, estas priorizaram os momentos de diálogo e partilha de modo a fomentar a interação entre ambos os participantes. As atividades foram realizadas de acordo com o planeado, sem interrupções, aumentando o grau de complexidade, mas sem a necessidade de adaptação ou mudança de estratégias. No entanto foram notórias algumas dificuldades de compreensão das instruções, com necessidade de repetição das mesmas. Inicialmente foi notória uma apatia e um contacto ocular fugaz entre ambas. No entanto, ao longo das sessões esta interação mudou significativamente. No momento final foi evidente cooperação e entreajuda entre as participantes, com divisão igualitária de tarefas. O diálogo entre ambas aumentou significativamente, facto que prejudicou ligeiramente a capacidade de permanecerem atentas, tendo sido bastante importante o espaço de diálogo inicial.

A discriminação auditiva e memória, foram duas áreas em que ambas tiveram maiores dificuldades, bem como a relaxação autónoma. Inicialmente, tanto a JO como LJ tinham uma postura bastante hipertónica, com presença de tiques e sincinesias. Foi necessário que no momento de retorno à calma, focalizassem durante algum tempo a atenção na respiração, de acordo com instrução para que progressivamente foi mais fácil realizá-lo de modo autónomo e consciente. Num momento final da intervenção era evidente a maior facilidade em permanecer num estado de relaxação, livres de tensões e paratonias.

Tabela 6

Avaliação Qualitativa – Par 2

PAR 2	Fatores Observados	Palavras-chave	
		Momento Inicial	Momento Final
1. Interação	1.1 Comunicação Não verbal	s/ Contacto Ocular Proximidade s/Toque Cooperação Entreajuda solicitada Apatia Expressão facial adequada Pouca motivação para a realização das tarefas (C)	c/Contacto Ocular Proximidade c/Toque sem solicitar Cooperação Entreajuda s/solicitada Afável Expressão facial adequada Motivação para a realização das tarefas (C)
	1.3 Comunicação verbal	s/ diálogo espontâneo Pouco comunicativas	c/ diálogo espontâneo "viemos juntas para cá" "tenho de falar com a LJ sobre o que se passou" Muito comunicativas
3. Componentes Psicomotores	2.1 Domínio Motor	Muito hipertónicas Tiques Sincinesias Postura defensiva	Menos hipertónicas Tiques s/Sincinesias Postura recetiva
	2.3 Domínio Cognitivo	Facilidade em estar atento Alguma dificuldade na compreensão das instruções Discurso confuso Dificuldade na memória	Dificuldade em estar atento Alguma dificuldade na compreensão das instruções Discurso mais claro "lembro-me do que fizemos a sessão passada"

Legenda 6: C= Criança

Par 3: GE e EJ

a) <u>Resultados da anamnese e caracterização do par 3</u>

O GE tem 12 anos, frequenta o 7º ano de escolaridade. Tem uma irmã e um irmão mais velhos e três sobrinhos, com quem mantém contacto diário. A família é muito

preocupada com o GE e tenta fazer tudo para suprir os seus desejosos e vontades. O GE é um menino que necessita imenso de atenção e quer ser sempre o "bebé" da família. Tem um discurso bastante adulto para a sua idade, tem imensa facilidade em conversar sobre as suas emoções e sentimentos. Foi diagnosticado com ansiedade e depressão há cerca de dois anos, pelo que toma medicação diariamente. Tem imensa dificuldade em dormir sozinho e em ser independente e autónomo. O GE tem imensas dificuldades em interagir socialmente com crianças da sua idade, recusando-se a participar em quaisquer atividades extracurriculares. É acompanhado em psicomotricidade desde 2021 e em psicologia clínica desde 2023.

A EJ é uma idosa com 76 anos, viúva. Tem dois filhos com quem mantém contacto diário. É uma senhora pouco conversadora, tímida e cabisbaixo. Foi diagnosticada com depressão após o falecimento do seu neto. A partir desse momento começou a ser acompanhada em psicológica clínica e posteriormente em psicomotricidade, também pelo início de alguns comprometimentos ao nível cognitivo. A EJ tem aulas de ginástica e sessões de psicomotricidade e fisioterapia semanais.

b) Resultados e análise dos efeitos da intervenção no par 2

A interpretação dos dados obtidos relativamente ao EGP, permitiu-nos verificar que ocorreram de um modo geral ligeiros progressos durante a intervenção psicomotora (Figura 7). Os dados obtidos permitiram inferir que ocorreram progressos no domínio do Equilíbrio Estático e Dinâmico II, Mobilidade Articular, tanto dos membros superiores como inferiores, na Motricidade Fina dos membros superiores, Praxias. No entanto foi evidente uma diminuição do desempenho na área da Perceção e Domínio Temporal. A EJ estava significativamente mais confusa e cabisbaixo. Contudo, a área do Equilíbrio Estático I é notoriamente a área mais fraca, com uma cotação de 2. As atividades propostas nesta área foram realizadas com alguma dificuldade, com algumas reequilibrações e oscilações sendo necessário o recurso ao apoio de bengala. Apesar da cotação máxima em alguns dos itens, a EJ encontra-se ligeiramente abaixo da média para a sua idade, com uma pontuação total de 84,5.

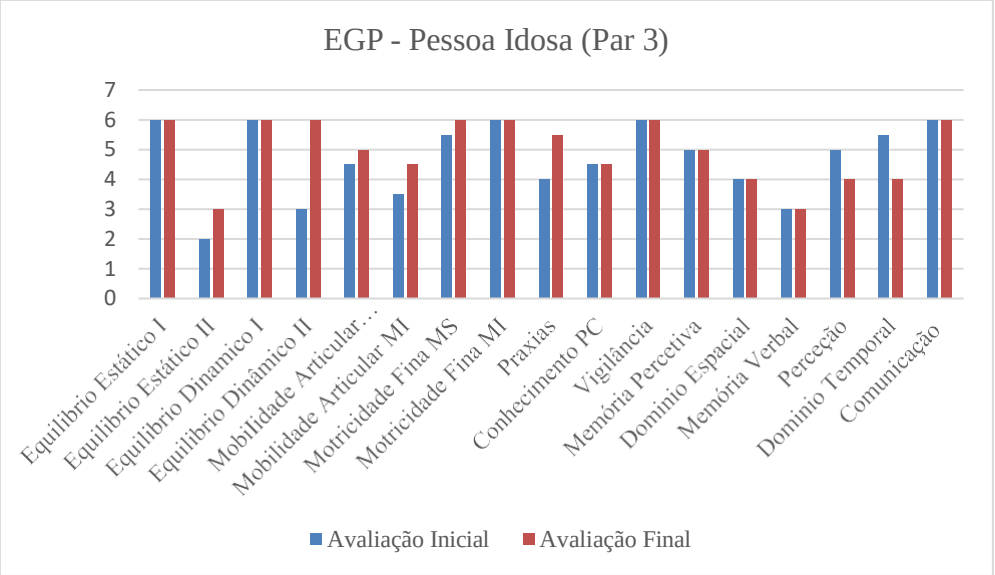


Figura 7- *Gráfico comparativo EGP - Pessoa idosa (Par 3)*

Relativamente à interpretação do MoCA, foram notórios decréscimos em algumas áreas, nomeadamente na área da Nomeação e Atenção (Figura 8). Verificou-se maiores dificuldades, em ambos os momentos de avaliação, na área da Evocação Diferida, atividade em que foi necessário recorrer à memória. Por outro lado, apesar do decréscimo na pontuação comparativamente à avaliação inicial, o domínio da orientação foi considerado a área mais forte.

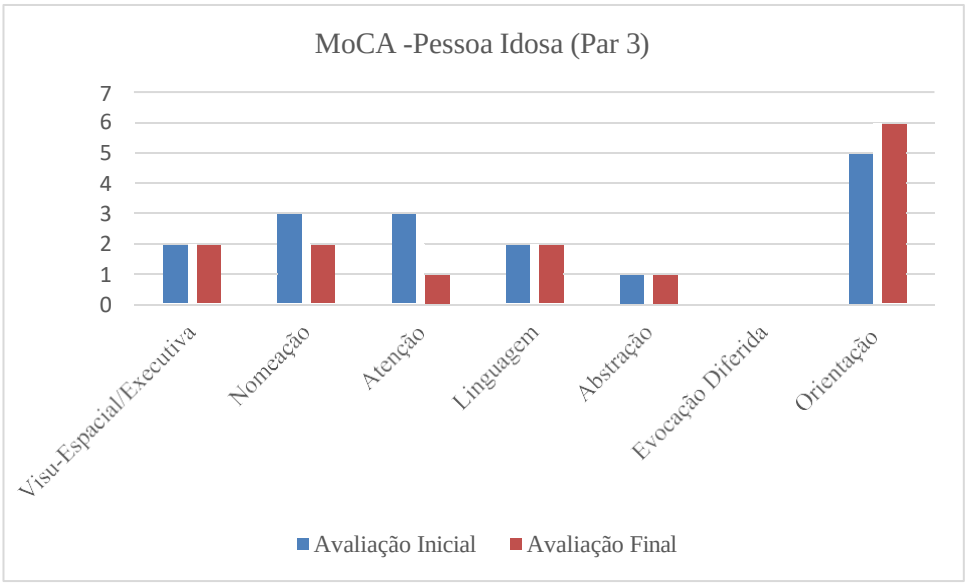


Figura 8 - *Gráfico comparativo MoCA - Pessoa idosa (Par 3)*

Na BPM foi possível verificar um ligeiro progresso na maioria dos fatores

psicomotores, nomeadamente na Tonicidade, Noção do Corpo, Estruturação Espácio-Temporal e Praxia Global. Nos restantes verificou-se uma manutenção dos valores (Figura 9).

Apesar do progresso comparativamente à avaliação inicial, a Equilibração, a Lateralidade, Estruturação Espácio-Temporal a Praxia Fina são consideradas as áreas mais fracas com uma pontuação de 3. Ao nível da equilibração o GE apresentou algumas dificuldades no que diz respeito ao equilíbrio estático, sendo-lhe difícil a inibição do movimento. Consegue uma imobilidade relativamente adequada, embora com presença de oscilações e instabilidade. O equilíbrio dinâmico surge mais desenvolvido, com melhor ajuste postural e preparação para o movimento. No que diz respeito à lateralidade, o Gabriel apresentou uma orientação à direita para preferência manual, pedal e auditiva, ao passo que na preferência ocular surgiram algumas confusões. No que diz respeito à estruturação espácio-temporal, foram notórias imensas dificuldades no cálculo das distâncias e análise espacial, assim como, na memorização sequencial. Na memória e reprodução de estruturas rítmicas, comparativamente à avaliação inicial foram evidentes progressos. Relativamente à praxia fina, o Gabriel apresentou uma adequada dissociação sequencial digital, apesar de uma ligeira dificuldade de coordenação dinâmica manual.

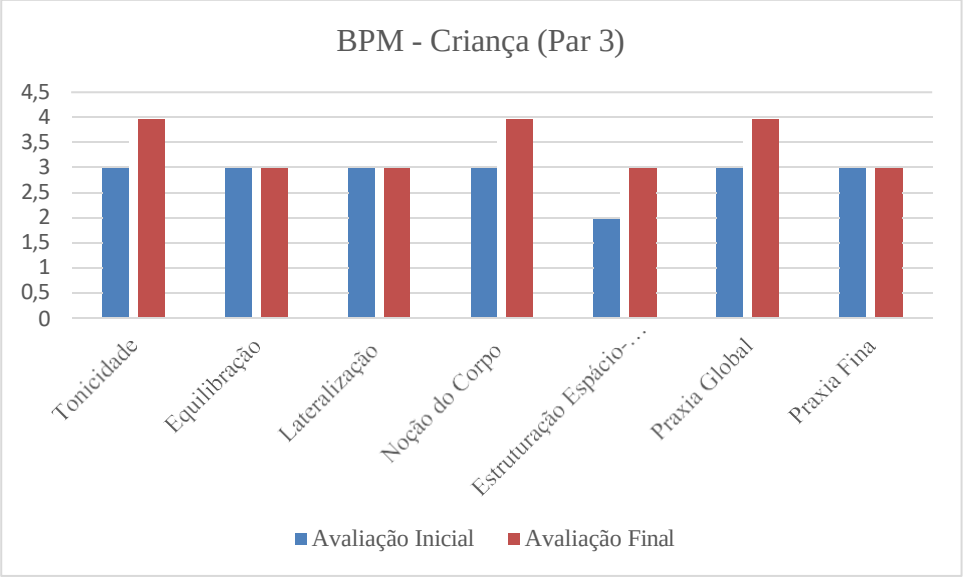


Figura 9 - *Gráfico comparativo BPM - Criança (Par 3)*

A aplicação do D2 - Test, que nos permite avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração, resultou na seguinte obtenção de dados:

Tabela 7

Valores D2-Test - Par 3 (Avaliação Inicial Vs. Avaliação Final)

	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
Parâmetros	**Pontuação direta**	**Percentil**	**Pontuação direta**	**Percentil**
TC	308	60	411	96
TA	127	65	159	96
TC-E	303	65	411	97
IC	127	75	159	96
IV	6	99	15	30
E%	1,62	80	0,72	90

Legenda 7: TC – Total de Caracteres Processados; TA – Total de Acertos; TC-E – Total de Eficácia; IC – Índice de Concentração; IV – Índice de Variabilidade; E% - Percentagem de Erros.

De um modo geral os resultados sugerem que o GE apresenta uma capacidade de atenção e concentração adequada à sua idade. O seu desempenho global (TC-E) e a sua capacidade de concentração (IC) são superiores comparativamente aos sujeitos do seu grupo etário, uma fez que se encontram no 75. Na avaliação final foi evidente uma progressão na maioria dos itens, à exceção da consistência.

c) <u>Resultados da Observação</u>

Durante o período de intervenção as atividades seguiram a estruturação dos planos normalmente utilizados nas intervenções de psicomotricidade e priorizou-se o espaço de diálogo de igual modo aos restantes pares. Durante as sessões foram notórias maiores dificuldades no domínio da memória e estruturação rítmica, com progressos significativos. O momento de relaxação foi bastante importante para ambos, com o objetivo de se libertarem tensões e se adotar uma postura recetiva e adequada no decorrer das sessões. Inicialmente foi recusado pelo GE, mas progressivamente foi possível realizar o momento de retorno à calma de acordo com o planeamento, estimulando o relaxamento autónomo, permitindo que adequasse a sua postura aos diferentes momentos.

No que diz respeito à componente qualitativa do decurso das sessões, foram notórios progressos significativos na interação de ambos. Inicialmente o GE permanecia com uma postura indiferente, inibida, não estabelecendo contacto visual quer com a idosa,

quer com a terapeuta. O seu discurso era maioritariamente autodepreciativo e depressivo, demonstrando falta de autoconfiança e autoestima. A EG sempre se mostrou bastante cooperante e com vontade de ajudar o GE, no entanto sem resultado. Ao longo da intervenção existiram períodos o que o GE se recusou a ir às sessões, bem como às sessões de Psicologia. Posteriormente voltou a ser assíduo e a sua atitude foi se alterando progressivamente. Durante as sessões o GE e a EJ estabeleceram alguns diálogos espontâneos, com alguma proximidade e contacto visual durante maiores períodos de tempo. O GE demonstrou imensa gratificação em poder ajudar a EJ em algumas tarefas e aceitou afavelmente a ajuda da EJ. O seu discurso alterou-se ao longo do tempo, para um discurso mais positivo e confiante. Tanto num momento inicial como final, o GE necessitou de se autorregular no início das sessões, chutando uma bola constantemente durante um curto período de tempo, que parava quando solicitado. No fim das sessões ambos demonstraram tristeza pelo término da intervenção.

Tabela 8

Avaliação Qualitativa - Par 3

PAR 3	Fatores Observados	Palavras-chave	
		Momento Inicial	Momento Final
1. Interação	1.1 Comunicação Não verbal	s/ Contacto Ocular Proximidade s/Toque Cooperação Entreajuda solicitada Apatia s/autoconfiança Pouca motivação para a realização das tarefas (C)	c/Contacto Ocular Proximidade c/Toque sem solicitar Cooperação Entreajuda s/solicitada Expressivos Afável c/autoconfiança Motivação para a realização das tarefas (C)
	1.3 Comunicação verbal	s/ diálogo espontâneo Pouco comunicativas Discurso depressivo “não estou feliz” “nada me faz feliz” Recusa na realização das atividades	c/ diálogo espontâneo “porque é que estás triste?” Discurso positivo “às vezes é bom partilharmos as nossas tristezas” “gosto de ajudar a EJ” “A EJ consegue fazer, basta

		"não me apetece fazer"	querer muito" "O GE é um menino muito querido e inteligente"
4. Componentes Psicomotores	2.1 Domínio Motor	Hipertonia (PI) Hipotonia (C) Passividade Necessidade de autorregulação Postura desadequada	Eutonia Ativos Necessidade de autorregulação Postura recetiva
	2.4 Domínio Cognitivo	Dificuldade em estar atento Alguma dificuldade na compreensão das instruções Discurso confuso Dificuldade na memória	Dificuldade em estar atento Alguma dificuldade na compreensão das instruções Discurso mais claro e calmo "lembro-me do que fizemos a sessão passada"

Legenda 8: C= Criança; PI = Pessoa Idosa

5. Discussão dos Resultados

As evidências de que uma intervenção psicomotora intergeracional em contexto Montessori beneficia ambos os participantes ao nível da interação social e ao nível do domínio cognitivo, são bastante reduzidas. Deste modo, ao longo de seis meses, semanalmente, foi realizada uma intervenção psicomotora intergeracional, utilizando o método Montessori como mediador, em três pares (1 criança / 1 pessoa idosa) de participantes, com o objetivo de identificar se realmente este tipo de intervenção pode favorecer as competências tanto ao nível do domínio relacional como psicomotor. De um modo geral, apesar dos ligeiros progressos nos perfis psicomotores e estados cognitivos, ao nível dos comportamentos socioemocionais, todos os estudos de caso demonstraram uma maior recetividade para estabelecer uma relação de confiança, demonstrando maior proximidade física, toque e estabelecimento de contacto visual. Num momento final foi observado uma maior motivação e cooperação na realização das atividades.

Em relação ao Par 1, observaram-se declínios nos domínios psicomotor e cognitivo da pessoa idosa (Figura 1 e Figura 2), em contraste com as expectativas da literatura. Estudos, como os de Martins et al. (2019) e Giraudeau & Bailly (2019), indicam que práticas intergeracionais promovem ganhos cognitivos, bem-estar e memória. Cramer et al. (2013) destacam o impacto positivo das intervenções psicomotoras no equilíbrio físico

e emocional. Em acordo, os resultados do presente estudo tornam os declínios registados um desfecho inesperado face ao previsto pela literatura. Em relação à criança, apesar da evolução evidente ao nível do estado cognitivo (Tabela 2), foi notória uma manutenção nas maiores dos fatores psicomotores da BPM (Figura 3), com melhorias apenas na Noção do Corpo e Praxia Global. No entanto, na componente socio-emocional, no momento da avaliação final, foram notórios progressos na interação entre ambos os participantes, como é observado na Tabela 3. Relativamente à pessoa idosa é importante referir que sofreu duas quedas neste período, tendo sido necessário permanecer hospitalizada, devido a uma fratura na zona do pulso, exigindo repouso absoluto durante duas semanas. Posteriormente a este momento de repouso, a pessoa idosa regressou às sessões significativamente mais confusa e com maiores dificuldades na locomoção autónoma. As dificuldades no domínio do equilíbrio, bem como na mobilidade articular dos membros superiores e inferiores, aumentaram significativamente durante a hospitalização e posterior período de repouso. Este período de inatividade, em pacientes idosos pode resultar num declínio funcional evidente e um aumento consequentemente do nível de dependência (Calero-Garcia et al., 2016). Para além disso, a falta de melhoria no domínio psicomotor e cognitivo, pode estar relacionado com a limitação das sessões semanais, bem como uma desadequação de algumas atividades relativamente ao défice cognitivo acrescido da participante. Relativamente à criança, foram evidentes ligeiras melhorias no domínio da noção do corpo e na praxia global, com diferença entre avaliações de apenas 1 valor. Ao nível da atenção e concentração, avaliados pelo D2-Test, foi possível observar uma maior capacidade de atenção e concentração durante as atividades propostas. Estes dados vão de encontro aos dados obtidos num estudo realizado nos Estados Unidos por Fried et al., (2013) em que e verificou que os programas intergeracionais, promoveram uma melhoria no desempenho académico, incluindo uma maior motivação e capacidade de concentração e atenção.

Relativamente à interação entre ambas, observou-se uma mudança de atitude por parte da criança em relação à pessoa idosa. Contrariamente a um momento inicial de intervenção, a MI demonstrou maiores atitudes empáticas e altruístas, o que está de acordo com o observado por Isaki & Harmon (2015), que constatou que as intervenções intergeracionais têm revelado induzir mudanças positivas nas perceções e atitudes das crianças em relação às pessoas mais velhas. Para além disso, a autoconfiança e autoestima da MI também melhoraram consideravelmente, com diminuição de discursos autodepreciativos. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Barbosa, Campinho e

Silva (2020), em que verificaram que a implementação destes programas, tem um impacto positivo nos níveis de alegria e autoestima das crianças, fazendo-as sentir importantes por ter a atenção e o afeto dos outros, promovendo o seu desenvolvimento e autoconceito. Relativamente à postura, como um elemento de atitude face ao meio, foi evidente, a progressiva transição para uma postura mais recetiva, demonstrando maior recetividade para a relação. O toque, de extrema importância, não só para o estabelecimento de uma relação, mas também de uma intervenção segura, foi conseguido apenas quando solicitado contrariamente ao momento inicial. Devido à escassez de estudos relacionados com este tema, não foram observados dados que comprovassem a evolução e os benefícios do toque durante intervenções intergeracionais. Ao longo das sessões a MI procedeu ao toque para auxiliar a JA, ou para transmitir um feedback positivo. Relativamente à JA, em alguns momentos, foi evidente uma passividade e alguma confusão. De acordo com Di Bona et al., (2019), foi igualmente verificado, em alguns momentos, que indivíduos com demência, nas intervenções intergeracionais, adotam um papel mais passivo e observador, sendo desafiante a comunicação entre a pessoa idosa e a criança. De modo a promover esta comunicação, em alguns momentos no decorrer das atividades ocorreu um ligeiro afastamento do terapeuta, atuando apenas quando extremamente necessário. A JA beneficiou imenso destes encontros, na medida em que se sentia mais motivada e com energia para as suas rotinas diárias, permitindo-se estar envolvida em novas experiências e sentir-se ativa e útil (Barbosa, Campinho e Silva, 2020). De um modo geral, foram evidentes benefícios psicomotores na criança e benefícios relacionais no par. No entanto, a pouca assiduidade pode ter comprometido a relação entre os participantes, bem como o seu progresso terapêutico.

Em relação ao Par 2, de um modo geral foram notórios progressos evidentes no desempenho da criança ao nível do perfil psicomotor e do estado cognitivo (Figura 6 e Tabela 4). Contrariamente à pessoa idosa, em que apesar de ligeiros progressos, na avaliação final, a maioria das componentes psicomotoras e cognitivas mantiveram os valores (Figura 5 e Figura 4). No entanto, na componente socio-emocional, no momento da avaliação final, foram notórios progressos na interação entre ambos os participantes, como é observado na Tabela 5. A LJ evidenciou alguns retrocessos relativamente ao Equilíbrio Estático, necessitando de um maior apoio. É importante referir que durante as sessões, o fator psicomotor equilíbrio estático não foi preferencialmente trabalhado, motivo pelo qual poderá ter ocorrido este decréscimo no desempenho. Quanto à mobilidade articular existiram progressos consideráveis, com uma diminuição de tensões

e resistências, o que poderá ter contribuindo para um maior estado de relaxamento no momento de retorno à calma. Segundo Cramer et al., (2013), o momento de relaxação permite induzir a resposta de relaxamento, existindo diversas alterações como a redução de pressão arterial, frequência cardíaca, da respiração e tónus muscular. Apesar dos ligeiros progressos, a LJ apresentou de um modo geral um desempenho psicomotor acima da média, de acordo com a pontuação total obtida através do EGP e comparativamente à média esperada para a sua idade, o que contribuiu para um decorrer das sessões mais fluido. Relativamente à criança foram evidentes melhorias na maioria dos fatores psicomotores e, ao nível da cognição, na capacidade de atenção e concentração. Ambas as participantes expressavam imensas dificuldades nas atividades em que era necessário recorrer à memória, no entanto, as dificuldades diminuíram significativamente durante a intervenção.

Ao nível da interação de ambas as participantes, observaram-se mudanças relevantes. Inicialmente a JO permanecia nas sessões com uma postura hipertónica, com imensos tiques nos momentos em que se sentia menos à vontade. O contacto ocular era bastante fugaz, tanto com a idosa como com a terapeuta. Os diálogos eram praticamente inexistentes, surgiam apenas quando solicitados. Ambas as participantes mantinham uma relação distante, sem toque e proximidade física. Num momento final foi possível verificar que a relação entre ambas progrediu imenso, tanto a JO como a LJ demonstraram mais iniciativa para iniciar diálogos e para realizar as atividades. As atividades propostas, baseadas no método Montessori, centralizadas na interação entre a idosa e a criança, promoveram a iniciativa entre ambas. Segundo Silva e Chumbo (2019) Montessori estimula a saúde e o bem-estar através da constante exploração, dando enfase à autonomia e iniciativa pessoal, sendo estes dos princípios para aplicação do método. Esta metodologia promoveu uma melhor relação entre ambas, na medida em que melhorou a qualidade da interação, permitindo que cada grupo etário mostrasse iniciativa e se sentisse capaz, sem pressão. O envolvimento de ambas, criou consequentemente mais oportunidades para partilharem interesses e estabelecerem diálogos espontâneos (Epstein & Boisvert, 2006). No entanto esta maior proximidade entre ambas as participantes prejudicou o nível de atenção e concentração durante as atividades, por estas iniciarem diálogos relativos a assuntos externos às sessões. De um modo geral foram notórios progressos evidentes ao nível da interação social em ambos os participantes e no domínio psicomotor na criança,

Em relação ao Par 3, de um modo geral foram notórios progressos evidentes no desempenho da criança ao nível do perfil psicomotor e do estado cognitivo (Figura 9 e Tabela 3). Contrariamente à pessoa idosa, em que apesar de ligeiros progressos, na avaliação final, a maioria das componentes psicomotoras e cognitivas mantiveram os valores (Figura 7 e Figura 8). No entanto, na componente socio-emocional, no momento da avaliação final, foram notórios progressos na interação entre ambos os participantes, como é observado na Tabela 7. A EJ denotou alguns retrocessos comparativamente ao primeiro momento de avaliação, nomeadamente na Perceção, Domínio Temporal, Nomeação e Atenção. Apesar da diferença não ser muito expressiva, comparativamente à avaliação inicial, foi notório um declínio durante a avaliação final ao nível da memória e da noção temporal. Este declínio era percebido pela EJ, que mencionava inúmeras vezes que se sentir confusa devido a uma nova medicação. Posteriormente à avaliação final de todos os itens do EGP e do MoCA, conclui-se que o desempenho da participante idosa se encontra ligeiramente abaixo da média comparativamente ao grupo da sua faixa etária. Relativamente ao desempenho da criança foram visíveis progressos em todos os itens da BPM à exceção da Equilibração, Lateralização e Praxia Fina, áreas em que o GE tem maiores dificuldades.

Ao nível de interação entre ambos os participantes observaram-se mudanças significativamente positivas. Num momento final foi observada uma maior motivação e felicidade, expressas através de discursos positivos. De acordo com Aemmi & Karimi Moonaghi (2017), que corroboram estes resultados, foi verificado que posteriormente à aplicação de intervenções intergeracionais é notória uma maior motivação por parte dos participantes. A tonicidade refletiu também uma maior recetividade, através da adaptação da postura e libertação de tensões. Considerando os dados, é evidente que as interações intergeracionais têm benefícios ao nível da saúde mental, tanto das crianças como das pessoas idosas. Os resultados vão de encontro ao estudo realizado por Souza (2011) e Barbosa, Campinho e Silva (2020) que observaram que a formação de vínculos e a presença de manifestações de afeto entre as pessoas idosas e as crianças promove o aumento dos seus níveis de felicidade e autoestima, bem como uma diminuição dos níveis de depressão e solidão. Relativamente à participante idosa, esta mencionou inúmeras vezes o quanto era gratificante ter um motivo para sair de casa e estar com uma criança da idade do neto. Ao longo das sessões foi notória uma maior proximidade e toque, demonstrando afeto e carinho. De acordo com os dados obtidos, para os adultos em particular, esta intervenção repercutiu efeitos positivos ao nível da saúde mental, sendo

possível concluir que as intervenções intergerações têm impacto positivo nos níveis de solidão e depressão, através de uma partilha de experiências que promove o aumento de sentimento de autoestima de cada participante (Jones et al., 2004; Sánchez & Torrano, 2013; Barbosa et al., 2020).

De um modo geral, as intervenções realizadas com os três pares de participantes demonstraram efeitos benéficos nas competências e atitudes socioemocionais, tanto nas crianças como nas pessoas idosas. No entanto, a ausência de melhorias significativas no perfil psicomotor e cognitivo dos idosos poderá estar relacionada com a progressão natural das patologias envolvidas e com a limitação da frequência das sessões, cuja periodicidade semanal poderá ter sido insuficiente para produzir efeitos sustentáveis a longo prazo (Sanjuán, Navarro, & Calero, 2020). Adicionalmente, algumas atividades não se revelaram adequadas ao nível dos défices de certos participantes, o que pode ter resultando em dificuldades acrescidas na sua execução.

A realização de apenas 15 sessões ao longo de seis meses revelou-se insuficiente para a obtenção de progressos significativos ao nível das competências cognitivas e psicomotoras. A literatura indica que intervenções mais frequentes produzem resultados mais expressivos, como demonstrado em estudos que associam uma maior regularidade semanal a melhorias nas funções cognitivas e motoras (Smith & Taylor 2021). O absentismo revelou-se um fator que comprometeu a eficácia da intervenção, uma vez que a irregularidade na participação dificultou a continuidade necessária para alcançar progressos consistentes. Estudos indicam que níveis elevados de absentismo podem comprometer os objetivos da intervenção, reduzindo a eficácia das melhorias cognitivas e psicomotoras. Esta análise reforça a importância da frequência regular nas sessões para garantir o sucesso a longo prazo (Miller & Green, 2021)

6. Limitações do estudo

Dado o facto do estudo ser único e inovador, a existência de estudos que relacionam o método Montessori e os Programas Intergeracionais é escassa, bem como os efeitos para as crianças e as pessoas idosas com alguma patologia associada. A revisão da literatura e a discussão foram limitadas pela escassa bibliografia existente relativamente às variáveis. Existem muitos artigos publicados sobre estudos intergeracionais que podem incluir informações úteis, mas que não cumpriram os critérios de inclusão para a elaboração deste estudo.

Para além disso, a fraca assiduidade de alguns elementos dos pares veio comprometer a estabilidade e duração do programa de intervenção. A amostra reduzida e heterogénea, combinada com a ausência de um grupo de controlo, limita a generalização dos resultados para as populações estudadas. Além disso, a variação na gravidade das patologias dos idosos pode ter influenciado os resultados de forma desigual.

7. Conclusão

De acordo com os resultados obtidos é observável que a nível psicomotor e cognitivo as intervenções intergeracionais utilizando o método Montessori não surtiram efeitos benéficos relevantes nas pessoas idosas, contrariamente às crianças que progrediram nestes dois domínios. De acordo com os dados obtidos pré e pós intervenção verificaram-se ligeiros progressos no perfil psicomotor e no estado cognitivo, mas na maioria existiu uma estabilidade nos valores obtidos através dos instrumentos de avaliação aplicados.

No entanto, relativamente às componentes socio-emocionais na interação, foram evidentes benefícios pós intervenção. Os idosos notaram uma maior motivação, felicidade e autoconfiança na realização das tarefas, que posteriormente se verificou igualmente numa maior motivação para a realização das atividades de vida diária. Através dos princípios de Montessori (autonomia e iniciativa), os idosos demonstraram num momento final mais iniciativa para a realização das atividades, sentindo-se progressivamente mais úteis e capazes. A maioria expressou verbalmente no fim das sessões a sua gratificação pela diminuição da solidão e do sentimento de desânimo. As crianças beneficiaram imenso destas intervenções, na medida em que demonstraram num momento final, mais empatia, cooperação e entreajuda para com as pessoas idosas. Para além disso foi evidente uma maior iniciativa para o estabelecimento de uma relação com as pessoas idosas, através de diálogos espontâneos, proximidade e contacto ocular. Relativamente à autoconfiança e autoestima, também aumentaram ao longo das sessões, sendo que no momento final da observação foram notórios menos discursos autodepreciativos e mais discursos autoconfiantes.

Em suma, é de salientar a pertinência deste estudo, pelo facto de não existirem estudos que objetivem verificar os efeitos de uma intervenção intergeracional, mediada pelo método Montessori, em crianças e idosos com alguma patologia associada. Deste modo, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de expandir a

implementação de programas intergeracionais em contextos educativos e geriátricos, ajustando a frequência e intensidade das sessões para maximizar os benefícios tanto para crianças como para idosos. Para tal, seria importante uma maior colaboração entre escolas e lares de idosos, utilizando abordagens intergeracionais com maior frequência. Futuras investigações devem focar-se na exploração de diferentes metodologias e na adaptação personalizada das intervenções.

8. Sugestões/Recomendações futuras

Tendo em consideração a reduzida dimensão da amostra do presente estudo, como é típico dos estudos de caso, considera-se pertinente o desenvolvimento de futuras investigações com uma amostra maior e integrando um grupo experimental e um grupo de controlo, de modo a obter resultados que possam ser generalizados. Adicionalmente, recomenda-se o aumento da periodicidade das sessões, privilegiando uma maior frequência semanal para potenciar os ganhos psicomotores e cognitivos. Importa também implementar estratégias eficazes para reduzir o absentismo, como o acompanhamento contínuo, o incentivo à participação ativa e o suporte às famílias. Por fim, sugere-se a maior adaptação das atividades ao perfil e aos défices específicos dos participantes, promovendo uma maior inclusão e envolvimento.

No contexto deste estudo, apesar da expectativa de melhorias, a intervenção não revelou efeitos significativos na função psicomotora e cognitiva das pessoas idosas, possivelmente devido à progressão das patologias envolvidas e à limitação da periodicidade das sessões. No entanto, registaram-se benefícios a nível socioemocional, como o aumento da motivação, felicidade e autoconfiança dos participantes, demonstrando o impacto positivo das interações intergeracionais mediadas pela psicomotricidade.

9. Referências Bibliográficas

Aemmi, S. Z., & Karimi Moonaghi, H. (2017). Intergenerational learning program: A bridge between generations. *International Journal of Pediatrics*, 5(12), 6731-6739.

Almeida, A. (2013). Psicomotricidade – Jogos Facilitadores de Aprendizagem. Psicosoma

Almeida, G. N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. A Psicomotricidade, 6, 56-64

Amante, M. J., Fonseca, S., Araújo, L., Pereira, A., Nunes, M., & Rodrigues, T. (2015). "Making a difference" na promoção do envelhecimento bem-sucedido. *Revista de estudios e investigación en psicologia y educación*, (08), 1-8. https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.08.482

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Antonioni, A., Raho, E. M., Lopriore, P., Pace, A. P., Latino, R. R., Assogna, M., ... & Koch, G. (2023). Frontotemporal dementia, where do we stand? A narrative review. *International journal of molecular sciences*, *24*(14), 11732. https://doi.org/10.3390/ijms241411732

Arvanitakis,Z; Shah,R.; Bennett,D.(2019). *Diagnosis and Management of Dementia: Review. JAMA*, 322(16), 1589–1599. https://doi.org/10.1001/jama.2019.4782

Bairrão, J., Felgueiras, I., Fontes, P., Pereira, F., Vilhena, C. (1998). Os alunos com necessidades educativas especiais: subsídios para o sistema de educação. *Conselho Nacional de Educação* https://www.cnedu.pt/content/antigo/files/pub/AlunosComNecessidades/4-capitulo.pdf

Banks, J. A., Frydenberg, E., & Liang, R. (2024). Promoting social and emotional learning in early childhood through intergenerational programming: a systematic review. *Educational and Developmental Psychologist*, 41(1), 12-28.

Barbosa, M. R., Campinho, A., & Silva, G. (2020). "Give and receive": The impact of an intergenerational program on institutionalized children and older adults. *Journal of Intergenerational Relationships*, *19*(3), 283–304. https://doi.org/10.1080/15350770.2020.1742844

Barrero, S. (2017). Implementación de método Montessori en adultos mayores con demencia y su incidencia en las actividades de la vida diaria.

Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível

local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista portuguesa de saúde pública, 32*(2), 188-196.

Bernard, M., & Ellis, S. (2004): *How do you know that intergenerational practice works?* Beth Johnson Foundation. https://generationsworkingtogether.org/downloads/50be2fe1843c9-How%20do%20you%20know%20that%20intergenerational%20practice%20works.pdf

Bickley, L. S., & Szilagyi, P. G. (2017). *Bates' guide to physical examination and history taking* (12.ª ed.). Wolters Kluwer.

Brandão, D. F. S., & Martín, J. I. (2012). Método de Montessori aplicado à demência: revisão da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *33*, 197-204.

Brickenkamp, R. (1962). *D2: Teste de atenção*. Verlag Hans Huber.

Calero-García, M. J., Ortega, A. R., Navarro, E., & Calero, M. D. (2016). Relationship between hospitalization and functional and cognitive impairment in hospitalized older adults patients. *Aging & Mental Health*, *21*(11), 1164–1170. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1220917

Camp, C. J., Judge, K. S., Bye, C. A., Fox, K. M., Bowden, J., Bell, M., Valencic, K., & Mattern, J. M. (1997). An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. *The Gerontologist*, *37*(5), 688–692. https://doi.org/10.1093/geront/37.5.688m

Canale, A., & Furlan, M. M. D. P. (2013). Depressão. *Arquivos de Mudi*, 11(1), 23-1. https://doi.org/10.4025/19991

Canedo-Garcia, A., Garcia-Sanchez, J. N., & Pacheco-Sanz, D. I. (2017). A systematic review of the effectiveness of intergenerational programs. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1882.

Carreira, L., Botelho, M. R., Matos, P. C. B. D., Torres, M. M., & Salci, M. A. (2011). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev. enfermagem UERJ*, *19*(2), 268-273.

Chan, H. Y., Yau, Y. M., Li, S. F., Kwong, K. S., Chong, Y. Y., Lee, I. F., & Yu, D. S. (2021). Effects of a culturally adapted group based Montessori based activities on engagement and affect in Chinese older people with dementia: a randomized

controlled trial. *BMC geriatrics*, *21*(1), 24. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01967-0

Cohen-Mansfield J. (2022). Motivation to Participate in Intergenerational Programs: A Comparison across Different Program Types and Generations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3554. https://doi.org/10.3390/ijerph19063554

Correia, L. M. (1993). O psicólogo escolar e a educação especial. In Jornal de Psicologia, 11, 5-7

Correia, L. M. (2017). Fundamentos da Educação Especial – Guia Prático para Educadores e Professores. Flora Editora

Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora

Courtier, P., Gardes, M., Henst, J., Noveck, I., Croset, M., Epinat-Duclos, J., Léone, J., & Prado, J. (2021). Effects of Montessori Education on the Academic, Cognitive, and Social Development of Disadvantaged Preschoolers: A Randomized Controlled Study in the French Public-School System. *Child Development*, 92, 2069 - 2088. https://doi.org/10.1111/cdev.13575.

Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., Dobos, G. & Paul, A. (2013). Characteristics of patients with internal diseases who use relaxation techniques as a coping strategy. *Complementary Therapies in Medicine*, *21*, 481-486. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.08.001

Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais-ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, *25*(5), 576-82.

Cruz, V. E., & Della Cruz, G. T. (2019). O método Montessori e a construção da autonomia da criança na educação infantil. *Caderno Intersaberes*, *8*(15).

da Rosa, J. D., & Della Cruz, G. T. (2019). O método Montessori e o desenvolvimento cognitivo da criança. *Caderno Intersaberes*, *8*(15).

Darrow, A.-A., & Belgrave, M. (2013). Students With Disabilities in Intergenerational Programs. *General Music Today*, *26*(2), 27-29. https://doi.org/10.1177/1048371312464637

Deardorff, W. J. (2019). Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia. In *Handbook of Clinical Neurology*, *165*, 5–32. https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64012-3.00002-2

Di Bona L., Kennedy S., & Mountain G. (2019). Adopt a care home: An intergenerational initiative bringing children into care homes. *Dementia*, *18*(5), 1679–1694.

Doğru, S. S. Y., & Doğru, H. B. (2024). Use of Montessori Education for Therapeutic Purposes in Individuals with Special Needs. *Preschool Education: Global Trends*, *5*, 7-19.

Duong, S., Patel, T., & Chang, F. (2017). Dementia: What pharmacists need to know. *Canadian pharmacists journal / Revue des pharmaciens du Canada*, *150*(2), 118–129. https://doi.org/10.1177/1715163517690745

Earl, E. J., & Marais, D. (2023). The experience of intergenerational interactions and their influence on the mental health of older people living in residential care. *Plos one*, *18*(7)**.**

Edwards, R., & Holland, J. (2013). *What is qualitative interviewing?* Bloomsbury Academic.

Emmady, P. D., Schoo, C., & Tadi, P. (2020). Major neurocognitive disorder (dementia). In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Epstein, A. S., & Boisvert, C. (2006). Let's Do Something Together: Identifying the Effective Components of Intergenerational Programs. *Journal of Intergenerational Relationships*, *4*(3), 87–109. https://doi.org/10.1300/J194v04n03_07

Espinoza Freire, E. E. (2022). El método Montessori en la enseñanza básica. *Conrado*, *18*(85), 191-197.

Fenollar-Cortés, J., Gallego-Martínez, A., & Fuentes, L. J. (2017). The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the fine motor coordination in children with ADHD. *Research in developmental disabilities*, *69*, 77-84.

Fernandes, A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In: A. M. Fonseca (Eds.). Envelhecimento, saúde e doença: *Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 9-28). Lisboa: Coisas de Ler

Fernandes, J., Filho, P. G., & Safons, M. P. (2018). Corpo, identidade e envelhecimento: uma perspectiva psicomotora. *Cuidar da Casa Comum*, 147.

Fernandes, M. C. C., Ciasca, S. M., Capelatto, I. V., & Salgado-Azoni, C. A. (2019). Effect of a psychomotor intervention program for children with ADHD. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *24*(1), 1-11.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, *5*(1), 363-389. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621

Fonseca, A. M. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 9-28). Lisboa: Coisas de Ler.

Fonseca, V. (2024). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos seus fatores* (5th ed.). Âncora Editora.

Fonseca, V., & Martins, C. (2001). Progressos em Psicomotricidade. Edição FMH. Universidade Técnica de Lisboa.

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the portuguese population. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *33*(9), 989–996. https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374

Fried, L. P., Carlson, M. C., McGill, S., Seeman, T., Xue, Q. L., Frick, K., Tan, E., Tanner, E. K., Barron, J., Frangakis, C., Piferi, R., Martinez, I., Gruenewald, T., Martin, B. K., Berry-Vaughn, L., Stewart, J., Dickersin, K., Willging, P. R., & Rebok, G. W. (2013). Experience Corps: a dual trial to promote the health of older adults and children's academic success. *Contemporary clinical trials*, *36*(1), 1–13. https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.05.003

Gigliotti, C., Morris, M., Smock, S., Jarrott, S. E., & Graham, B. (2005). An intergenerational summer program involving persons with dementia and preschool children. *Educational Gerontology*, *31*, 425–441. https://doi.org/10.1080/03601270590928158

Giraudeau, C., & Bailly, N. (2019). Intergenerational programs: What can school-age children and older people expect from them? A systematic review. *European journal of ageing*, *16*, 363-376.

Gomes, L., Rodrigues, A., Pereira, S., Lima, P., & Ribeiro, E. J. (2022). Contributos do método Montessori à luz do atual enquadramento legislativo da educação inclusiva em Portugal: A intervenção com crianças com perturbação do espectro de autismo. *Cadernos de Educação Especial, 45*(1), 123–135.

Grilo, L., Henriques, R., Correia, P., de Pedopsiquiatria, S., da Beira, C. H. C., & Grilo, H. (2015). Statistical analysis of psychomotor therapy in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *WSEAS Transactions on Biology and Biomedicine*, *12*, 39-43.

Guevara, A. R. P. (2024). Aprendizaje en la asignatura de lenguaje y comunicación de estudiantes con Necesidades Educativas Especiales Transitorias (NEE-T) asociadas a Trastornos Específicos del Aprendizaje (TEA). *Revista Evidência*, *7*.

Haider, A., Spurling, B. C., & Sánchez-Manso, J. C. (2023). Lewy body dementia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Hou, Y., Dan, X., Babbar, M., Wei, Y., Hasselbalch, S. G., Croteau, D. L., & Bohr, V. A. (2019). Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. *Nature Reviews Neurology*. https://doi.org/10.1038/s41582-019-0244-7

Houghton, C., Hennessy, M., Smyth, S., et al. (2022). The experiences and perceptions of young people and older people living with dementia of participating in intergenerational programmes: A qualitative evidence synthesis. Dementia, 21(7), 2144–2171. https://doi.org/10.1177/14713012221112385

Hu, T., Zhao, X., Wu, M., Li, Z., Luo, L., Yang, C., & Yang, F. (2022). Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, *311*, 114511. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.11451

Instituto Nacional de Estatística (2020) *Projeções de População Residente em Portugal 2018-2080.* Lisboa. https://www.ine.pt/

International Encyclopedia of Housing and Home. (2012). *Anamnesis*. In *International encyclopedia of housing and home* (Vols. 1-5). Elsevier.

Isaki, E., & Harmon, M. T. (2015). Children and Adults Reading Interactively: The Social Benefits of an Exploratory Intergenerational Program. *Communication Disorders Quarterly*, *36*(2), 90–101. *https://doi.org/10.1177/1525740114529154*

Jarrott, S. E., & Bruno, K. (2003). Intergenerational activities involving persons with dementia: an observational assessment. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, *18*(1), 31–37. https://doi.org/10.1177/153331750301800109

Jones, E. D., Herrick, C., & York, F. R. (2004). An intergenerational group benefits both emotionally disturbed youth and older adults. Issues in *Mental Health Nursing*, 25(8), 753–762. https://doi.org/10.1080/01612840490506329

Lofland, J., Snow, D., Anderson, L., & Lofland, L. H. (2022). *Analyzing social settings: A guide to qualitative observation and analysis* (7.ª ed.). Waveland Press.

Low, G. K., Subedi, S., Omosumwen, O. F., Jiee, S. F., Devkota, S., Shanmuganathan, S., & Doyle, Z. (2024). Development and validation of observational and qualitative study protocol reporting checklists for novice researchers (ObsQual checklist). *Evaluation and Program Planning, 106*, 102468. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2024.102468

Kayili, G., & Ari, R. (2011). Examination of the Effects of the Montessori Method on Preschool Children's Readiness to Primary Education. *Educational Sciences: Theory and Practice*, *11*(4), 2104-2109.

Kendall, P. (2000). *Childhood Disorders* (1st ed). Taylor & Francis LTD

Krzeczkowska, A., Spalding, D. M., McGeown, W. J., Gow, A. J., Carlson, M. C., & Nicholls, L. A. B. (2021). A systematic review of the impacts of intergenerational engagement on older adults' cognitive, social, and health outcomes. *Ageing Research Reviews, 71*, 101400. https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101400

Liêvre, B. e Staes, B. (2012). La psychomoticité al servisse de l'enfant. DE BOECK

Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Luppa, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PloS one*, *16*(5). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326

Marshall C. (2017). Montessori education: a review of the evidence base. *NPJ science of learning*, 2, 11. https://doi.org/10.1038/s41539-017-0012-7

Martins, L. (2001). Educação integrada do portador de deficiência Mental. Pontos de Reflexão. Lisboa: Dinalivro.

Martins, T., Midão, L., Martinez Veiga, S., Dequech, L., Busse, G., Bertram, M., ... & Costa, E. (2019). Intergenerational programs review: Study design and characteristics of intervention, outcomes, and effectiveness. *Journal of Intergenerational Relationships*, *17*(1), 93-109.

Matias, A. R., Almeida, G., Veiga, G., & Marmeleira, J. (2023). Child Psychomotricity: Development, Assessment, and Intervention. *Children (Basel, Switzerland)*, *10*(10), 1605. https://doi.org/10.3390/children10101605

Meireles-Coelho, C., Izquierdo, T., & Santos, C. (2007). Educação para todos e sucesso de cada um: do Relatório Warnock à Declaração de Salamanca. In *Actas do IX Congresso da SPCE: Educação para o sucesso: políticas e actores* (Vol. 2, pp. 178-189).

Morais, A., Santos, S., & Lebre, P. (2019). Psychomotor, Functional, and Cognitive Profiles in Older People with and without Dementia:What Connections?. *Dementia (London, England)*, *18*(4), 1538–1553. https://doi.org/10.1177/1471301217719624

Morato, P., & Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. Revista de Educação Especial E Reabilitação, 14(1), 36–41

Mousavi, S. A., Aslani, M. A., Mohammadi, R. K., Bahramian, E., Zehtab, S., Bahramian, F., & Jalali, A. (2022). The effect of Montessori program in the elderly with dementia: A literature review. Journal of Public Health and Development, 20(3), 249–264. https://doi.org/10.55131/jphd/2022/200320

Murayama, Y., Ohba, H., Yasunaga, M., Nonaka, K., Takeuchi, R., Nishi, M., … Fujiwara, Y. (2014). The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging & Mental Health*, *19*(4), 306–314. https://doi.org/10.1080/13607863.2014.933309

Navarro, G., Alexandre, I., Dias, L., Duarte, M., & Garcia-Alonso, J. (2018). A intervenção psicomotora em gerontes com problemas osteoarticulares. *Journal Of Aging and Innovation*, *7*(2), 184-192.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). (1994). *A educação dos alunos com necessidades educativas especiais: O papel dos*

serviços de apoio (Relatório nº 2). https://doi.org/10.1787/5kz5zqv0j7xt-en

Paiva, T. C., Soares, L., & Faria, A. L. (2023). Depression in Elderly People. *Encyclopedia*, *3*(2), 677-686.

Palha, M., de Andrade, D. C., Cotrim, L., Martins, S., Fritz, A., Branco, A., ... & Dieudonné, V. (2016). Recomendações de base empírica para a prática clínica relacionada com o acompanhamento de pessoas com perturbação do desenvolvimento intelectual. Lisboa: Diferenças.Net. http://diferencas.net/wp-dif/docs/Guidelines_PDI.pdf

Paschoal, S. M. P. (2002). Qualidade de vida na velhice. *In Tratado de geriatria e gerontologia* (2nd ed., pp. 79–84).

Prasad, S., Katta, M. R., Abhishek, S., Sridhar, R., Valisekka, S. S., Hameed, M., ... & Walia, N. (2023). Recent advances in Lewy body dementia: A comprehensive review. *Disease-a-Month*, *69*(5), 101441.

Reyes, C. F. L., Humanante, L. J. R., Lucio, L. P. C., & Reyes, B. B. L. (2023). Psicomotricidad como Herramienta Educativa en Preescolares con Necesidades Especiales. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, *7*(6), 162.

Rocha, C., Morais, A., Santos, S., & dos Santos Branco, A. P. L. (2016). As competências psicomotoras e cognitivas de idosos. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (41), 107-131.

Sánchez, M. G., & Torrano, D. H. (2013). Los benefícios de los programas intergeneracionales desde la perspectiva de los profesionales. Pedagogia Social. *Revista Interuniversitaria*, 21, 213–235. https://doi.org/10.7179/PSRI_2013.21.9

Santos, S. (2017). Psychomotor Therapy and Intellectual Disability in Portugal: from 0 to 100…. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, *3*(2), 22-37.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (2nd. Ed)

Shivakumara, K., Dhiksha, J., & Nagaraj, O. (2016). Efficacy of Montessori and traditional method of education on self-concept development of children. *International Journal of Educational Policy Research and Review*, *3*(2), 29-35.

Souza, E. M. D. (2011). Intergenerational integration, social capital and health: a theoretical framework and results from a qualitative study. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(3), 1733-1744.

Tavares, A., Brandão, D., Martín, I., Mouro, I., & Nunes, S. (2009). *Manual Terapêutico do Método de Montessori para pessoas com Demência*. Unidade deInvestigação sobre Adultos e Idosos. https://www.ideg.pt/wp- content/uploads/IGM_final.pdf

Taylor, J. P., McKeith, I. G., Burn, D. J., Boeve, B. F., Weintraub, D., Bamford, C., ... & T O'Brien, J. (2020). New evidence on the management of Lewy body dementia. *The Lancet Neurology*, *19*(2), 157-169.

Tuzzo, R., & Demarchi, J. M. (2007). La formación de psicomotricistas en el campo del envejecimiento y vejez: Interfases necesarias. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (28), 59-68.

UNESCO. (1994). *Declaração de Salamanca e quadro de ação sobre necessidades educativas especiais.* UNESCO. https://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF

Vidigal, M. J. (2005). Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes. *Lisboa: Trilhos*.

Villas-Boas, S., Oliveira, A. L. D., Ramos, N., & Inmaculada, M. (2016). A Educação Intergeracional no Quadro da Educação ao Longo da Vida: desafios intergeracionais, sociais e pedagógicos. *Investigar em Educação: Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação*, 117-141.

Vriend, E., Moeijes, J., & Scheffers, M. (2024). Efficacy of psychomotor therapy for children and adolescents with anxiety disorders—a systematic literature review. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, *2*, 1182188.

Warnock, H. M. (1978). *Report of the Committee of Inquiry into the Education of Handicapped Children and Young People* (Cmnd 7212). Her Majesty's Stationery Office.

Wendland, J., & Parizet, L. (2023). Benefits and challenges of intergenerational child daycare and senior programs or facilities: A systematic review of the literature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *181*(6), 487–494.

Witmer, L. (1914). The Montessori Method. *The Psychological Clinic*, 8, 1 -

5. https://doi.org/10.4135/9781446222386.n18.

World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2019). *Depression.* World Health Organization. RegionalOffice for the Eastern Mediterranean. https://iris.who.int/handle/10665/333464

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/254610

Yonkers, M. (2023). Benefits of montessori pedagogy for special needs students.

Anexos

Planos de Sessão

OBJETIVOS GERAIS: • IDOSOS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C). DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC) • CRIANÇAS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C). DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC)
ESTRATÉGIAS GERAIS: REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA;

Plano 1 ***Observação***	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover a expressão emocional;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente com enfoque na apresentação entre os participantes na sessão. É solicitado que digam os seus nomes, de onde são e como acham que vão ser as sessões em conjunto. A terapeuta deve também explicar o funcionamento das sessões. Para além disso é solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Para isso são entregues duas placas (uma placa com um emoji a sorrir e outra com um emoji triste) e solicitado que ao mesmo tempo levantem a placa com a emoção que sentem no dia.	3 cadeiras 2 placas (1 emoji a sorrir e 1 emoji triste)		5 minutos	Solicitar que pensem e verbalizem no que ocorreu durante o dia, ou os últimos dias para terem escolhido levantar a placa com determinada emoção *(Grupo E+G – Perturbação da Ansiedade /Depressão*)

Core da Sessão	- Promover a memória a longo prazo; -Promover a socialização; - Promover a criatividade - Promover a atenção; - Promover o manuseamento do material de escrita;	É solicitado que os participantes se reúnam na mesa e que cada, à vez diga algumas ações de que gosta de fazer no seu dia a dia. Com algumas das ações mencionadas é criado um Livro de Gostos e Preferências personalizado para cada um. Este livro deve ser realizado no computador, com imagens ilustrativas, que devem pesquisar com a ajuda da terapeuta. No fim, cada um deve assinalar com um "X" quais as ações que gosta de fazer e mencionar em voz alta, para que ambos explorem e conversem sobre os gostos um do outro.	Computador; Mesa; 3 cadeiras; Impressora; Lápis	Caso haja dificuldade em trabalhar com o computador, a terapeuta entrega aos idosos um livro com algumas ações, devendo o idoso assinalar se gosta ou não;	25 minutos	*Grupo (J+M)* – J dificuldades na leitura, a terapeuta pode ler as ações presentes no livro em conjunto com a idosa; M deve fazer inicialmente uma lista de preferências (máx 10) e pesquisar por ordem dessa mesma lista;
Retorno à calma	- Promover a regulação tónica; - Promover a consciencialização corporal; - Promover a identificação dos segmentos corporais; - Promover o controlo respiratório;	É solicitado que os utentes se desloquem para um local à escolha e se sentem numa posição confortável. É solicitado que fechem os olhos e se concentrem na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. É colocada um música calma e projetores de luzes ligados. A terapeuta à vez fará deslizar uma bola pelas partes do corpo de cada um. A terapeuta deve realizar movimentos circulares, iniciando na cabeça, membros superiores, zona abdominal, membros inferiores e finalizando na zona	Colchões; Projetores; Música calma; Bolas;	- É solicitado que ambos mencionem quais os aparelhos que preferem ter ligados para promover o relaxamento; - Deve ser questionado se algum dos intervenientes se importa com o toque;	10 minutos	

		dos pés. É solicitado que à medida que a bola passe pelos segmentos corporais, os participantes mencionem estes mesmos segmentos.		- Demonstrar a inspiração e expiração;		
Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentado em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras	Caso seja necessário, a terapeuta deve recordar quais as tarefas realizadas ao longo dasessão;	5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS: • IDOSOS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER AS COMPETÊNCIAS LINGUÍSTICAS (CL); DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIO-TEMPORAL (EET); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC) • CRIANÇAS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER AS COMPETÊNCIAS LINGUÍSTICAS (CL) DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIO-TEMPORAL (EET); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC)
ESTRATÉGIAS GERAIS: : REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA;

Plano 2 Atividades de linguagem	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Visual*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal; Caso seja necessário devem ser mencionadas pistas para que os utentes se recordem do que foi realizado na sessão anterior;	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover a capacidade de discriminação; - Promover a capacidade de memorização a curto prazo; - Promover a capacidade de associação; - Promover o movimento de pinça	São dispostos sobre a mesa 12 copos, cada um com uma letra do abecedário. Num recipiente são colocadas bolas de esponja pequenas de diferentes cores. 1. A terapeuta solicita que coloquem uma bola de esponja de determinada cor no copo correspondente à letra mencionada. Deve ser repetido 5 vezes por cada participante; 2. A terapeuta menciona duas cores e duas letras os participantes devem à vez memorizar e colocar as bolas com uma pinça. Deve ser repetido 3 vezes por cada participante;	12 copos, cada um com uma letra do abecedário; 1 Recipiente com bolas de esponja de diferentes cores; 1 pinça		10 minutos	*Grupo J+M* – O número de copos deve ser reduzido
Core da Sessão	-Promover a socialização; - Promover a criatividade - Promover a atenção; - Promover a identificação de letras;	São colocadas sobre a mesa algumas imagens de objetos e animais reais que comecem com as letras do abecedário. São colocadas também as 12 letras do abecedário. Posteriormente é solicitado, que à vez os participantes estabeleçam a correspondência entre uma letra e uma	Computador; Mesa; 3 cadeiras; Impressora; Lápis	- As imagens e as letras devem ser de um tamanho que seja visível para o idoso - De modo a dificultar a atividade, devem colocar primeiro as vogais e depois as consoantes	15 minutos	*Grupo J+M* - Devem ser colocadas inicialmente 6 letras e 6 imagens e posteriormente à sua correspondência, são colocadas as restantes letras e imagens; Restantes grupos – deve ser mencionada que os ritmo

	- Promover as capacidades de associação; - Estimular a evocação de elementos linguísticos	imagem cuja palavra tenha como inicial essa mesma letra. São realizadas correspondências até que todas as letras tenham correspondência				deve ser adaptado a ambos, devendo ajudar-se uns aos outros;
Retorno à calma	- Promover a regulação tónica; - Promover a consciencialização corporal; - Promover a identificação dos segmentos corporais; - Promover o controlo respiratório;	É solicitado que os utentes se desloquem para um local à escolha e se sentem numa posição confortável. É solicitado que fechem os olhos e se concentrem na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. Posteriormente, a terapeuta passa algumas bolas de texturas diferentes. É solicitado que os participantes fechem os olhos (caso assim queiram) e se concentrem no toque das bolas. No final os participantes deverão dizer quantas bolas passaram pelos seus segmentos corporais.	Colchões; Projetores; Música calma; Bolas;	- É solicitado que ambos mencionem quais os aparelhos que preferem ter ligados para promover o relaxamento; - Deve ser questionado se algum dos intervenientes se importa com o toque; - Demonstrar a inspiração e expiração se for necessário;	10 minutos	

Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentado em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS: • IDOSOS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER AS COMPETÊNCIAS NUMÉRICAS (CN); PROMOVER A CAPACIDADE DE RACIOCÍNIO (CR); DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC): PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM); • CRIANÇAS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER AS COMPETÊNCIAS NUMÉRICAS (CN); PROMOVER A CAPACIDADE DE RACIOCÍNIO (CR); DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM);
ESTRATÉGIAS GERAIS: REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA

Plano 3 Atividades de matemática e raciocínio	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Visual*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover a capacidade de associação; - Promover o raciocínio lógico; - Promover o planeamento da ação; - Promover as noções numéricas; - Promover a discriminação visual;	Sobre a mesa estão alguns números e alguns círculos com cores diferentes, correspondentes às peças de um jogo de tetris. Ou seja, no jogo de tetris existem 2 peças amarelas, 3 peças azuis, 4 peças roxas, 3 peças vermelhas, 1 peça cor-de-rosa, 2 peças castanhas. É solicitado que inicialmente correspondam os números e as cores às peças do tetris e posteriormente, em conjunto o construam sobre a mesa.	Números de 1 a oito (repetidos 3 x) Círculos com cores Peças de tétris em papel		10 minutos	*Grupo J+M* – Mencionar uma cor de cada vez que deve ser correspondida;
Core da Sessão	- Promover o raciocínio lógico; - Promover o planeamento da ação; - Promover as noções tridimensionais;	*Jogo de equilíbrio de peças tetris* Os participantes devem manter-se sobre a mesa. Em cima da mesa é colocada uma base. Os participantes, à vez, deverão colocar uma peça de tetris sobre a base, empilhando-as de modo a que as peças não caiam.	Jogo de tetris em 3D	Fornecer estratégias para que a base se equilibre	15 minutos	

Retorno à calma	- Promover a regulação tónica; - Promover a consciencialização corporal; - Promover a identificação dos segmentos corporais; - Promover o controlo respiratório;	É solicitado que os utentes se desloquem para um local à escolha e se sentem numa posição confortável. É solicitado que fechem os olhos e se concentrem na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. Posteriormente devem abrir e olhos. Devem manter-se numa posição confortável. É colocada um música calma e projetores de luzes ligados. É solicitado que a criança passe uma bola pelos segmentos corporais do idoso e que este mencione os segmentos corporais pelos quais passa a bola. Deve iniciar a massagem pela cabeça e terminá-la nos pés, passando pelos membros superiores, zona abdominal e membros inferiores.	Colchões; Projetores; Música calma; Bolas de diferentes texturas;		10 minutos	
Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em circulo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS:

- IDOSOS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM);

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM); PROMOVER A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL (CNV)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC);

- CRIANÇAS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM);

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE); PROMOVER A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL (CNV);

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC);

ESTRATÉGIAS GERAIS: REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA

Plano 4 Atividades de vida diária	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Visual*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover a memória processural; - Estimular a capacidade de planeamento de uma ação; - Promover a capacidade de comunicar através da mimica;	São colocados sobre a mesa alguns objetos conhecidos pelos participantes (ferro de engomar, esponja da loiça, meias, sapatos com atacadores, bola de futebol, pá e vassoura etc.). Dentro de um saco estão cartões com determinadas ações relacionadas com os mesmos objetos. À vez é solicitado que um participante retire um cartão com determinada ação e a execute com o objeto.	Objetos da vida diária; Cartões com ações realizadas com esses objetos;	- Deve ser questionado ao participante que observa o outro a fazer a ação se concorda ou faria de maneira diferente e se sim para exemplificar; - Devem de em conjunto identificar inicialmente todos os objetos;	10 minutos	
Core da Sessão	- Promover a memória procedural; - Promover a capacidade de associação; - Promover a noção de quantias monetárias; - Promover o raciocínio lógico;	*Preço Certo – Objetos de vida diária* São colocados novamente os objetos sobre a mesa. Dentro de um saco estão cartões com preços. É solicitado que em conjunto retirem um cartão com um determinado valor e decidam qual o objeto que corresponde.	Objetos da vida diária; Cartões com preços associados a cada objeto;		15 minutos	*Grupo J+M* – A terapeuta deve mencionar qual o preço que está presente nos cartões retirados pelas utentes;

Retorno à calma	- Promover a regulação tónica; - Promover a consciencialização corporal; - Promover a identificação dos segmentos corporais; - Promover o controlo respiratório; - Promover a relaxação autónoma;	É solicitado que os utentes se desloquem para um local à escolha e se sentem numa posição confortável. É solicitado que fechem os olhos e se concentrem na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. Posteriormente devem abrir e olhos. A terapeuta distribui uma bola mole com textura e solicita que a desloquem pelos diferentes segmentos corporais, realizando movimentos circulares. Devem deslocá-la pela cabeça, posteriormente pelos ombros até aos dedos, na região abdominal e membros inferiores. Devem finalizar com movimentos circulares com a parte inferior dos pés.			10 minutos	
Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS:

- IDOSOS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM);
DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM); PROMOVER A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL (CNV)
DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC);

- CRIANÇAS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM);
DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE); PROMOVER A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL (CNV);
DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC);

ESTRATÉGIAS GERAIS: REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA

Plano 5 Atividades de Ciências	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Visual*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover a memória procedural; - Promover o raciocínio lógico; - Promover a capacidade de discriminação;	São apresentadas aos participantes cartões com determinadas ações que sejam do conhecimento de ambos como por exemplo: Semear; Fases do dia; calçar; enviar uma carta; cozer um ovo; aquecer leite; preparar os cereais; vindima; fazer um puzzle etc. Inicialmente deverão ser apresentadas estas ações, uma a uma e ambos deverão dizer o que necessitam para realizar determinada ação.	- Cartões com ações;	- Questionar a ambosse conheciam todas as ações;	10 minutos	
Core da Sessão	- Estimular a orientação temporal; - Promover o raciocínio lógico e abstrato; - Promover a capacidade de seriação; - Promover a memória procedural;	Sobre a mesa encontram-se dispostos os mesmos cartões da atividade anterior e cartões com sequências para a realização dessas ações. É solicitado que em conjunto realizem uma sequência de cada de determinada ação, uma de cada vez;	- Cartões com ações; - Cartões com sequências	- Questionar se fariam de maneira diferente; - Fornecer algumas pistas caso ocorram dificuldades;	15 minutos	

Retorno à calma	- Promover a consciencialização de diferentes partes do corpo; - Promover a contração e descontração muscular; - Promover a relaxação autónoma;	É solicitado que os utentes se desloquem para um local à escolha e se coloquem numa posição confortável. É dada uma bola aos utentes e solicitado que estes a apartem com força e relaxem passando por diversas zonas do corpo. Inicialmente devem apertá-lanas mãos, coxas, joelhos e pés. Devem repetir 4 vezes cada contração e descontração.		Para os utentes que têm menos mobilidade, devem levar a bola até onde conseguirem e a terapeuta poderá auxiliar nos restantes segmentos corporais;	10 minutos	
Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menose o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS: • IDOSOS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM); DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM); PROMOVER A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL (CNV) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); • CRIANÇAS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM); DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE); PROMOVER A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL (CNV); DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSOIRAL (ES)
ESTRATÉGIAS GERAIS: REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA

Plano 6	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Olfativa*	Material	Estratégias	Duração	Especificações

Atividades Sensoriais						
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.			5 minutos	
Preparação para a sessão	- Promover a estimulação do olfato; -	São dispostos sobre a mesa diferentes tipos de objetos com determinados odores. É solicitado que o idoso e a criança identifiquem todos os objetos/odores. Sobre a mesa encontra-se café, especiarias, polpa de frutas, flores.	8 objetos/odores	Caso existam dificuldades a terapeuta deverá dar pistas sobre o que é ou para que serve o objeto; A terapeuta deve indicar por que objeto devem começar e assim sucessivamente;	10 minutos	

Core da Sessão	- Promover a estimulação do olfato; - Promover a estimulação do tato; - Promover a associação; - Promover a capacidade de descrição; - Promover o raciocínio abstrato; - Promover a memória a curto prazo; - Promover a atenção;	Posteriormente é solicitado que o idoso feche os olhos e a criança dê a cheirar o objeto. O idoso poderá tocar nesse mesmo objeto devendo descrevê-lo e fazer algumas perguntas à criança de modo a tentar adivinhar qual o objeto. No fim deverá tentar acertar no cheiro. Invertem-se os papéis até todos os objetos serem utilizados	8 objetos/odores	A terapeuta deverá auxiliar na construção de perguntas caso seja necessário;	15 minutos	
Retorno à calma	- Promover a consciencialização de diferentes partes do corpo; - Promover a contração e descontração muscular;	É solicitado que os utentes se sentem frente a frente. É solicitado que fechem os olhos e se concentrem na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. Posteriormente devem abrir e olhos. É entregue uma bola, a qual devem: 1. Agarrar ambos com as duas mãos e segurá-la em conjunto durante 5 segundos. De seguida devem relaxar. Devem realizar 4 vezes;	1 bola;		10 minutos	

	- Promover a relaxação autónoma; - Promover o controlo tónico;	2. Devem segurar a bola e empurrá-la ligeiramente durante 5 segundos e relaxar. Devem realizar 4 vezes; 3. Devem sentar-se lado a lado e empurrar a bola com o membro superior durante 5 segundos e relaxar. Devem realizar 4 vezes 4. Por fim devem sentar-se frente a frente e empurrar a bola com a zona inferior dos pés durante 5 segundo e relaxar. Devem realizar 4 vezes;				
Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentado em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS:

- IDOSOS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER AS COMPETÊNCIAS LINGUÍSTICAS (CL)

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC)

- CRIANÇAS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C).

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC)

ESTRATÉGIAS GERAIS: : REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA;

Plano 7 Atividades de linguagem	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Olfativa*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover a memória de longo prazo; - Promover a capacidade de associação; - Promover a discriminação visual; - Promover o planeamento motor;	Inicialmente é solicitado que em conjunto se tentem recordar de pelo menos 2 objetos que cheiraram na sessão. Posteriormente são colocados sobre a mesa cartões com as imagens dos objetos. Algumas destas imagens correspondem a objetos que não foram utilizados na sessão anterior. É solicitado quem em conjunto selecionem as correspondem aos odores sentidos na sessão anterior. Posteriormente deverão liga-las às palavras que correspondem aos nomes dos objetos.	8 imagens correspondentes aos objetos; 8 imagens não correspondentes aos objetos; 8 palavras correspondentes aos objetos;		10 minutos	*Grupo J+M* - A terapeuta deve levantar e mostrar a imagem de cada objeto e solicitar que identifiquem e correspondam à palavra que caracteriza esse mesmo objeto;
Core da Sessão	- Promover a capacidade de nomeação; - Promover a discriminação visual; - Promover a estimulação do olfato; - Promover o planeamento motor;	Posteriormente é solicitado que ambos fechem os olhos. A terapeuta leva ao nariz de cada utente um objeto para estes cheirarem. O objeto deverá ser o mesmo para ambos. Sobre a mesa encontra-se um cartão com o nome do objeto, apenas com algumas das letras. É solicitado que tentem descobrir qual o objeto, segundo algumas pistas da terapeuta e que preencham a palavra corretamente com caneta de acetato. Deverá repetir-se para os restantes objetos.	8 objetos/odores; 8 cartões com o nome dos objetos/odores plastificados; 1 caneta de acetato;		15 minutos	*Grupo J+M* e Grupo C+J – as letras em falta das palavras deverão ser menos;

	- Promover a identificação de letras; - Promover o manuseamento de material de escrita;					
Retorno à calma	- Promover o controlo tónico; - Promover a consciencialização corporal; - Promover a identificação dos segmentos corporais; - Promover a relaxação autónoma; - Promover a contração e descontração dos segmentos corporais;	É solicitado que os utentes se sentem frente a frente. É solicitado que fechem os olhos e se concentrem na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. Posteriormente devem abrir e olhos. É solicitado que se foquem nas instruções da terapeuta. É solicitado que contraiam diferentes segmentos corporais e depois os relaxem, um de cada vez, repetindo 3 vezes, como por exemplo: 1. A mão direita e mão esquerda; 2. Zona abdominal; 3. Membros inferiores; 4. Pé direito e pé esquerdo;		- Explicar o significado de contrair e relaxar e demonstrar caso possível;	10 minutos	

Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentado em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS:

- IDOSOS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O RACIOCÍNIO (R);

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES);

- CRIANÇAS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O RACIOCÍNIO (R);

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES);

ESTRATÉGIAS GERAIS: REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA;

Plano 8 Atividades de matemática e raciocínio	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Olfativa*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover a estimulação do olfato; - Promover a associação; - Promover o planeamento motor; - Promover a memória olfativa;	São colocados sobre a mesa e apresentados aos utentes alguns objetos. É solicitado que os utentes dividam cada um dos objetos de acordo com as categorias: frutos, natureza, diversos alimentos. Devem corresponder os objetos um de cada vez.	4 frutos; 4 elementos da natureza; 4 alimentos; Imagens de fruto, natureza e alimentos;		10 minutos	
Core da Sessão	- Promover a estimulação do olfato; -Promover a associação; - Promover o planeamento motor;	Posteriormente é solicitado que um dos utentes permaneça de olhos fechados. Um utente deverá levar um elemento de cada categoria junto ao nariz do que está de olhos fechados. Este deverá adivinhar a qual das categorias pertence o elemento. Invertem-se os papéis e assim sucessivamente até terminarem os elementos de todas as categorias.	4 frutos; 4 elementos da natureza; 4 alimentos;	De modo a facilitar, a terapeuta pode solicitar que cheirem e correspondam todos os frutos, posteriormente todos os elementos da natureza e finalmente os diversos alimentos; De modo a dificultar, poderá ser associado um número a cada categoria e recorrer à memória e	15 minutos	

				associar o cheiro a um número;		
Retorno à calma	- Promover o controlo tónico; - Promover a consciencialização corporal; - Promover a contração e descontração dos segmentos corporais; - Promover a mobilidade segmentar;	É solicitado que os utentes se sentem frente a frente. É solicitado que fechem os olhos e se concentrem na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. A terapeuta realiza algumas mobilizações do método de relaxação ativo-passiva, a um utente de cada vez. As mobilizações devem iniciar-se por um ligeiro toque na cabeça e finalizar com flexão do tornozelo. As mobilizações devem ser selecionadas de acordo com as dificuldades e facilidades de cada utente. Devem, de qualquer forma incluir pelo menos uma mobilização na cabeça, membros superiores e membros inferiores.			10 minutos	

Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS:

- IDOSOS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O RACIOCÍNIO (R);

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM); PROMOVER AS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)

- CRIANÇAS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O RACIOCÍNIO (R);

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM);

ESTRATÉGIAS GERAIS: : REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA;

Plano 9 Atividades de vida diária	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Olfativa*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover a estimulação olfativa; - Promover a memória olfativa; - Promover a associação de odores; - Promover a manutenção da atenção;	Inicialmente são apresentados aos utentes cheiros utilizados no interior da nossa casa, como por exemplo alimentos e especiarias. Os elementos estarão dentro de um copo de plástico com a identificação virada para trás, de modo a que a mesma não seja visível pelo utente. Um dos utentes deverá cheirar autonomamente um dos elementos. Caso este não adivinhe numa primeira tentativa, a terapeuta menciona algumas refeições que podem ser realizadas com o mesmo. No fim é mostrado o nome do elemento. Passa para o próximo utente. E assim sucessivamente.	Alimentos e especiarias; Copos de plástico;	Os cheiros deverão ser adaptados tanto aos idosos como às crianças;	10 minutos	
Core da Sessão	- Promover a orientação no espaço; - Promover a estimulação olfativa; - Promover a capacidade de associação; - Promover a discriminação visual;	De seguida são colocados sobre a mesa duas imagens, em que numa está uma casa e na outra o exterior da mesma; São colocados alguns dos elementos da atividade anteriormente realizada e outros que caracterizem elementos do exterior. Em conjunto deverão cheirar todos os elementos, um de cada vez e colocá-lo junto à imagem da casa caso o elemento costume estar no interior da casa ou na imagem da natureza caso o elemento esteja no	Imagem do interior da casa; Imagem do exterior da casa; Objetos presentes no interior da casa com cheiro específico;		15 minutos	

	- Promover a manutenção da atenção;	exterior de casa.	Objetos presentes na natureza com cheiro especifico;			
Retorno à calma	- Promover o controlo tónico; - Promover a consciencialização corporal; - Promover a contração e descontração dos segmentos corporais; - Promover a mobilidade segmentar;	É solicitado que os utentes se sentem frente a frente. É solicitado que fechem os olhos e se concentrem na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. Posteriormente a terapeuta solicita que a criança se levante, calmamente e se desloque junto a ela. É solicitado que realize algumas mobilizações ao idoso, nos membros superiores, e, nos membros inferiores com o auxílio de uma toalha, de acordo com a demonstração da terapeuta. Posteriormente o idoso deverá realizar igualmente algumas mobilizações à criança caso queira;	1 toalha;	As mobilizações devem ser realizadas de acordo com as facilidades de cada utente; Quando o idoso realizar as mobilizações à criança, esta deverá estar sentada e não deitada;	10 minutos	

Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS:

- IDOSOS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER AS COMPETÊNCIAS LINGUÍSTICAS (CL)

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM);

- CRIANÇAS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C).

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM);

ESTRATÉGIAS GERAIS: : REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA;

Plano 10 Atividades de Ciências	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Olfativa*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover a orientação espacial; - Promover a associação de imagens; - Promover a categorização; - Promover a capacidade de comunicação expressiva;	São dispostas sobre a mesa algumas imagens de elementos da natureza e outras de imagens "intrusas". No meio da mesa está um cartão com a palavra natureza e com a imagem de uma folha para caracterizar. Em conjunto devem colocar debaixo desse mesmo cartão todas as imagens que se relacionem com a natureza. No fim deverá existir um breve diálogo sobre esses mesmos elementos. Como são os cheiros, de que cor são a maioria dos elementos, porque é que os outros não podem estar associados à natureza.	Imagens de elementos da natureza; Imagens de imagens "intrusas" Cartão com a palavra "natureza"		10 minutos	Grupo (J+M) – Mostrar uma imagem de cada vez e auxiliar na identificação da mesma; Grupo (C+J) - Mostrar uma imagem de cada vez e auxiliar na identificação da mesma;
Core da Sessão	- Promover a memória olfativa; - Promover a estimulação olfativa; - Promover a associação; - Promover a manutenção da atenção;	Numa caixa estão alguns objetos que fazem parte da natureza. Sobre a mesa estão recipientes opacos em que no interior estão fragmentos desses mesmos objetos. Em conjunto deverão cheirar cada um do interior dos recipientes e associar a um dos objetos que se encontra no interior da caixa.	Objetos presentes na natureza; Recipientes opacos com fragmentos dos objetos no seu interior;	Deverá existir durante a atividade diálogos que façam ambos recordar onde já poderão ter cheirado ou visto determinados elementos;	15 minutos	

	- Promover a capacidade de comunicação expressiva;					
Retorno à calma	- Promover o controlo tónico; - Promover o controlo postural; - Promover as mobilizações articulares; - Promover o relaxamento autónomo; - Promover a consciencialização dos diferentes segmentos corporais;	É solicitado que os utentes se sentem para um local confortável. Devem fechar os olhos e se concentrar na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. A terapeuta solicita que abram os olhos e demonstra algumas mobilizações que devem repetir: 1. Elevar e descer lentamente os braços; 2. Com os cotovelos junto ao tronco devem movimentar apenas os antebraços, no sentido esquerda-direita, simultaneamente; 3. Na mesa posição do ponto anterior, devem movimentar apenas as mãos, reproduzindo gesto de "adeus"; 4. É solicitado que afastem ligeiramente as costas da cadeira e rodem o tronco lentamente, inicialmente para a esquerda e depois para a direita, mantendo sempre			10 minutos	

		as costas direitas e o queixo erguido, acompanhando o movimento do tronco; 5. É solicitado que com o tronco direito, e as mãos apoiadas nas coxas, elevem ligeiramente os joelhos, descendo posteriormente; 6. No ponto final, é solicitado que as pernas ligeiramente elevadas, movimentem apenas os pés aproximando os dedos do solo e voltando à posição inicial; As tarefas de cada ponto devem ser repetidas 3 vezes.				
Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS:

- IDOSOS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O RACIOCÍNIO (R);

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM)

- CRIANÇAS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O RACIOCINIO (R);

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM)

ESTRATÉGIAS GERAIS: : REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA;

Plano 11 Atividades sensoriais	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Auditiva*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Estimular a capacidade de imitação; - Estimular a discriminação auditiva; - Promover a mobilidade dos membros superiores; - Promover o planeamento de ação;	Inicialmente é solicitado que se coloquem de pé junto à terapeuta. É entregue a cada um dos utentes um pau de chuva. A terapeuta executa determinados movimentos com o pau de chuva que devem ser imitados. Posteriormente é solicitado que cada um execute um determinado movimento com o pau de chuva para que seja imitado. Posteriormente a terapeuta solicita que ambos se sentem e fechem os olhos. A terapeuta realiza alguns sons com o pau de chuva e um de cada vez deverá realizar um movimento de modo a que o som seja idêntico.	3 paus de chuva; 2 cadeiras;	Aceitar e respeitar caso algum dos participantes não queira realizar um movimento; Os participantes poderão realizar a atividade sentados caso se sintam mais confortáveis; Poderão permanecer de olhos abertos caso seja mais confortável e fácil execução;	10 minutos	
Core da Sessão	- Promover o planeamento de ação; - Promover a estimulação tátil; - Estimular a capacidade de discriminação auditiva;	É solicitado que se sentem em círculo. É explicado que vão ser realizadas tarefas diferentes, mas todas relacionadas com sons e sensações. 1) Som da chuva. A criança coloca uns auscultadores com o som da chuva. Na mesa estão três objetos que ela poderá utilizar para fazer sentir no idoso a sensação que o som transmite.	Auscultadores; 2 cadeiras; Sons de chuva e de vento; Bisnaga com água; Recipiente com areia;	Caso o ponto 3 seja de maior dificuldade de execução deverão apenas ser ouvidos 2 sons;	15 minutos	

	- Promover a memória auditiva; - Promover a manutenção da atenção; - Promover a capacidade de reprodução auditiva;	O idoso deverá adivinhar qual o som ouvido. 2) Som do vento. O idoso coloca uns auscultadores com o som do vento. Este deverá pegar num objeto e realizar a sensação que o vento lhe transmite. A criança deve adivinhar qual o som ouvido. 3) São colocados sobre a mesa alguns objetos em que todos eles fazem um som específico. Inicialmente são demonstrados todos os sons que os três objetos fazem individualmente. Posteriormente é solicitado que o idoso feche os olhos e a criança realize um som com um objeto à escolha. É solicitado que o idoso abra os olhos e identifique qual o objeto utilizado. Questionar se o idoso quer inverter os papéis.	Um caderno;			

Retorno à calma	- Promover a consciencialização emocional; - Promover o controlo respiratório; - Promover o controlo tónico; - Promover a capacidade de associação;	É solicitado que se sentem num local confortável. Devem fechar os olhos e se concentrar na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. A terapeuta solicita que abram os olhos e dirijam o olhar para uma parede à sua frente. A terapeuta projeta algumas imagens, sons e cores. À medida que as imagens e os sons são projetados a terapeuta questiona que sensações e emoções são transmitidas. No fim, devem ser selecionadas as imagens, cores e sons que mais tranquilidade e paz lhes transmitem.	Projetor; Imagens com diferentes cenários que transmitam tranquilidade; Diferentes sons; Imagens com diferentes cores;	- Recordar quais as cores e imagens que foram visualizadas;	10 minutos	
Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras			

OBJETIVOS GERAIS:

- IDOSOS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER AS COMPETÊNCIAS LINGUÍSTICAS (CL)

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES);

- CRIANÇAS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER AS COMPETÊNCIAS LINGUÍSTICAS (CL);

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIAL (EE); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES);

ESTRATÉGIAS GERAIS: : REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA;

Plano 12 Atividades de Linguagem	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Auditiva*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover o planeamento de ação; - Promover a comunicação através de gestos; - Promover a comunicação através de vocalizações; - Promover expressão de sons; - Promover a identificação de sons; - Promover a manutenção de atenção;	É solicitado que os utentes se sentem junto à mesa. Num recipiente estão determinadas palavras referentes a sons. À vez, deverão retirar uma palavra e representá-la de modo a que o outro adivinhe. A atividade deverá ser realizada 4 vezes por cada elemento: 1ª: o participante deverá representar por mimica; 2ª: o participante deverá representar vocalizando; 3ª o participante deverá representar por mimica; 4ª o participante deverá representar vocalizando;	Recipiente com palavras referentes a sons;	- A mimica poderá ser realizada com os utentes sentados;	10 minutos	
Core da Sessão	- Promover a discriminação auditiva; - Promover o reconhecimento de diferentes sons;	*Bingo dos sons* São entregues cartões do bingo com a imagem correspondente a alguns sons conhecidos que serão ouvidos. À medida que os participantes ouvirem o som devem	2 cartões com 12 imagens correspondentes a alguns sons;	- A atividade deverá ser realizada a um ritmo adaptado a ambos os participantes;	15 minutos	

	- Estimular a memória auditiva; - Estimular o tempo de reação; - Promover o movimento de pinça; - Promover a manutenção de atenção;	marcar com um pin. Quando algum dos participantes completar todo o cartão deverão dizer "Bingo".	Cd com sons conhecidos pelos participantes; 24 pins;	- Solicitar que a criança auxilie o idoso quando este necessitar de algum apoio;		
Retorno à calma	- Promover a expressão emocional; - Promover a consciencialização de emoções; - Promover o controlo respiratório; - Promover a capacidade de visualização; - Promover a relaxação autónoma; - Promover o controlo tónico;	De acordo com os elementos escolhidos na sessão anterior que potencializam a tranquilidade nos utentes a terapeuta deve utilizá-los para o exercício de visualização. É solicitado que se sentem num local confortável. Devem fechar os olhos e se concentrar na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes.Neste momento a terapeuta utiliza a técnica de visualização de modo a que os utentes visualizem uma imagem/acontecimento que associem a emoções felizes. Posteriormente devem abrir os olhos. A	Plasticina;		10 minutos;	

	- Promover a criatividade;	terapeuta entrega plasticina a cada utente junto à mesa- É solicitado que realizem algo que associem às emoções sentidas durante a atividade.				
Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras			

OBJETIVOS GERAIS:

- IDOSOS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O RACIOCÍNIO (R);

DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL (EET); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES)

- CRIANÇAS:

DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); PROMOVER O RACIOCÍNIO (R);

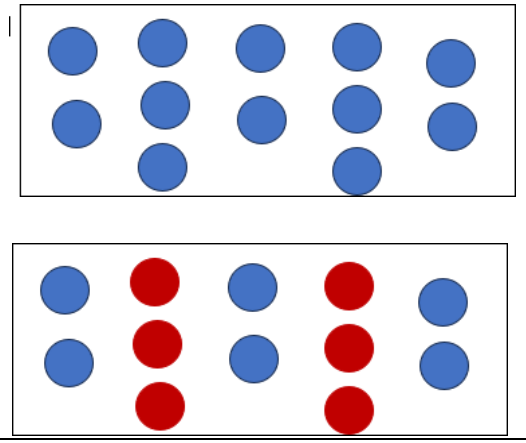
DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE)

DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL (EET); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES);

ESTRATÉGIAS GERAIS: : REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA;

Plano 13 Atividades de Matemática e Raciocínio	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Auditiva*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover a noção de ritmo; - Estimular o planeamento de ação; - Estimular a capacidade de raciocínio; - Estimular a capacidade de imitação; - Estimular a manutenção de atenção;	É solicitado que se sentem em círculo nas cadeiras. A terapeuta faz passar uma caixa com instrumentos musicais e pedido que cada um retire um à escolha. A terapeuta faz alguns ritmos e os utentes deverão imitá-los. De seguida deverá ser a criança a fazê-lo e posteriormente o idoso e todos deverão imitá-los.	Diversos instrumentos musicais;		10 minutos	
Core da Sessão	- Estimular a noção de ritmo; - Estimular a manutenção de atenção; - Promover a dupla tarefa;	De seguida é solicitado que cada um se coloque de um lado mesa (lado maior) de frente um para o outro. Na mesa são colocados alguns círculos de cores diferentes de acordo com a imagem abaixo representada. 1) Deverão bater palmas de acordo com as bolas (onde estão duas batem duas, onde estão três batem três, etc…)		- A atividade deverá ser realizada a um ritmo adaptado a ambos os participantes; - Solicitar que a criança auxilie o idoso quando este	15 minutos	

	- Promover a capacidade de associação; - Promover a identificação de cores;	2) Deverão bater na mesa de acordo com o número de bolas; 3) Deverão bater palmas nas bolas vermelhas e bater na mesa nas bolas azuis. Podem repetir a atividade até 3 vezes 		necessitar de algum apoio; - Caso seja necessário o idoso poderá fazer a atividade sentado; - De modo a facilitar poderão apenas realizar a primeira sequência;		
Retorno à calma	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a regulação tónica; - Promover a consciencialização	De acordo com os elementos escolhidos na sessão anterior que potencializam a tranquilidade nos utentes a terapeuta deve utilizá-los para o exercício de visualização. É solicitado que se sentem num local confortável. Devem fechar os olhos e se concentrar na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. É solicitado que se mantenham de olhos fechados. De seguida a terapeuta menciona que os utentes devem focar a atenção	Folhas brancas; Canetas de feltro;	- Caso prefiram podem no fim da atividade expressar o que sentiram num desenho livre;		

	dos segmentos corporais; - Promover a capacidade de visualização; - Promover a relaxação autónoma;	em determinadas partes do corpo. “Devem começar pela cabeça, imaginar que esta está muito leve, livre de qualquer pensamento negativo. E se estes regressarem libertamo-los. De seguida, na zona dos ombros sentimo-los pesados, pesados, pesados e depois leves, libertos de tensões. Posteriormente os braços, parecem pesados como chumbo e depois leves como uma pena. Posteriormente a atenção é focada nas mãos, que ficam tão pesadas que nem é possível levantá-las. Depois sentimo-las leves, mas tão leves que se mexem na perfeição. Na zona da barriga imaginamos que temos uma pata de um elefante na barriga, que nos faz encolher, encolher, encolher e depois relaxar. Na zona das pernas, devem imaginar que as pernas pesam tanto tanto tanto que quase nem as conseguem mexer e depois o peso vai embora e estas ficam leves leves leves como penas. Os pés sentimo-los pesados, pesados, pesados e depois muito leves, capaz de percorrermos milhares de quilómetros. De seguida é solicitado que abram os olhos lentamente. A terapeuta solicita que numa palavra os utentes descrevam aquele momento, como lhes fez sentir.				

Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras			

OBJETIVOS GERAIS: • IDOSOS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL (EET); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES); PROMOVER AS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD); • CRIANÇAS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C). DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO- TEMPORAL (EET); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES)
ESTRATÉGIAS GERAIS: : REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA;

Plano 14 Atividades de vida diária	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade – *Componente Auditiva*	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	

Atividade de Preparação para a sessão	- Promover a discriminação auditiva; - Promover a manutenção de atenção; - Promover a comunicação expressiva; - Promover a memória procedural;	É solicitado que os indivíduos se sentem junto à mesa. Ambos deverão estar com muita atenção. Sobre a mesa estão alguns cartões com objetos. Em conjunto deverão ouvir uma gravação com uma lista de compras e selecionar os objetos que ouviram. Ambos deverão dizer para que serve cada um dos objetos.	Cartões com objetos; Gravação com uma lista de compras	Deverão ser feitas algumas paragens na gravação e repetido o que foi mencionado;	10 minutos	
Core da Sessão	- Promover o planeamento de uma tarefa; - Promover a manutenção de atenção; - Promover a discriminação auditiva; - Promover quantias monetárias; - Promover a memória a curto prazo;	De seguida deverão ouvir uma nova gravação, em que será solicitado que retirem 3 produtos. Só poderão retirar os 3 produtos no fim da gravação. Posteriormente os produtos restantes são dispostos em fila sobre a mesa. São dispostos também alguns preços. Em conjunto é solicitado que joguem ao preço certo. Devem colocar sob o produto a quantia que acham que cada produto vale, um de cada vez. No final a terapeuta irá colocar o preço certo sob cada produto.	Gravação com indicação de que devem retirar determinados objetos; Cartões com preços;		15 minutos	

Retorno à calma	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a regulação tónica; - Promover a relaxação autónoma; - Promover a criatividade; - Promover a expressão emocional;	De acordo com os elementos escolhidos na sessão anterior que potencializam a tranquilidade nos utentes a terapeuta deve utilizá-los para o exercício devisualização. É solicitado que se sentem num local confortável. Devem fechar os olhos e se concentrar na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. É colocada uma música calma e colocada a sala em tons da preferência dos utentes. É solicitado que sedesloquem para a mesa. Na mesa estão alguns blocos de barro que os utentes devem utilizar para espontaneamente manusearem de modo a expressar o modo como se sentem no momento.	Barro; Recipiente com água; Toalhas;		10 minutos	

Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	

OBJETIVOS GERAIS: • IDOSOS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C); DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RM) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL (EET); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES); • CRIANÇAS: DOMÍNIO COGNITIVO: ESTIMULAR A MEMÓRIA (M); PROMOVER A CAPACIDADE ATENCIONAL (CA); PROMOVER A SIMBOLIZAÇÃO (S); PROMOVER A CRIATIVIDADE (C). DOMÍNIO SOCIO-EMOCIONAL: PROMOVER A INTERAÇÃO SOCIAL (IS); PROMOVER A ENTEREAJUDA (EA); PROMOVER A REGULAÇÃO EMOCIONAL (RE) DOMÍNIO PSICOMOTOR: PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL (EET); PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA (T); PROMOVER A PRAXIA FINA (PF); PROMOVER A NOÇÃO CORPORAL (NC); PROMOVER O PLANEAMENTO MOTOR (PM); PROMOVER A ESTIMULAÇÃO SENSORIAL (ES);
ESTRATÉGIAS GERAIS: : REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SENTADOS, DADAS AS DIFICULDADES DE MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA; INSERIR ELEMENTOS DO INTERESSE DE AMBOS; INSERIR MÚSICA E ELEMENTOS RELAXANTES DO INTERESSE DE AMBOS; FAVORECER A OPÇÃO DE ESCOLHA; ADAPTAR O TAMANHO DOS OBJETOS E IMAGENS A CADA INDIVIDUO;

Plano 15 Observação	Objetivos Específicos	Descrição da Atividade	Material	Estratégias	Duração	Especificações
Ritual de entrada	- Promover a socialização; -Promover a relação terapêutica; - Promover a consciencialização emocional; - Promover o enquadramento no tempo;	É formado um círculo com 3 cadeiras. É solicitado que cada pessoa se sente numa cadeira. É iniciada uma pequena conversa, em círculo, frente a frente. É solicitado que reflitam acerca do modo como se sentem no dia da sessão. Os participantes devem recordar qual é o dia, dia da semana e mês em que se encontram. Devem recordar o que foi feito na sessão anterior.	3 cadeiras	A terapeuta deverá acompanhar-se de um calendário e mostrá-lo casos sujam dúvidas no enquadramento temporal	5 minutos	
Core da Sessão	- Promover a memória a longo prazo; -Promover a socialização; - Promover a criatividade - Promover a atenção; - Promover o manuseamento do material de escrita;	É solicitado que os participantes se reúnam na mesa e que cada, à vez diga algumas ações de que gosta de fazer no seu dia a dia. Com algumas das ações mencionadas é criado um Livro de Gostos e Preferências personalizado para cada um. Este livro deve ser realizado no computador, com imagens ilustrativas, que devem pesquisar com a ajuda da terapeuta. Posteriormente	Computador; Mesa; 3 cadeiras; Impressora; Lápis	Caso haja dificuldade em trabalhar com o computador, a terapeuta entrega aos idosos um livro com algumas ações, devendo o idoso assinalar se gosta ou não;	25 minutos	*Grupo (J+M)* – J dificuldades na leitura, a terapeuta pode ler as ações presentes no livro em conjunto com a idosa; M deve fazer inicialmente uma listade preferências (máx 10) e pesquisar por ordem dessa mesma lista;

		cada um deve assinalar com um "X" quais as ações que gosta de fazer e mencionar em voz alta, para que ambos explorem e conversem sobre os gostos um do outro. No fim, devem observar o livro de preferências realizada na primeira sessão e comparados os resultados.				
Retorno à calma	- Promover a criatividade; - Promover a expressão emocional; - Promover o manuseamento de material de escrita; - Promover a consciencialização de emoções; - Promover a relaxação autónoma;	É solicitado que os utentes se desloquem para um local à escolha e se sentem numa posição confortável. É solicitado que fechem os olhos e se concentrem na respiração. Devem inspirar pelo nariz e expirar pela boca 5 vezes. Posteriormente devem abrir e olhos. É entregue a cada um, um suporte com uma folha. Nessa folha deverão numa palavra ou num desenho livre transmitir o que significou para eles estas sessões em conjunto. O que lhes fez sentir.	2 folhas; Suportes para folhas; Lápis de cor; Canetas de feltro;		10 minutos	

Diálogo Final	- Promover a consciencialização emocional; - Promover a memória a curto prazo;	É solicitado que os participantes se desloquem ao espaço do diálogo inicial, em círculo, sentados em cadeiras. Neste momento deverá ser partilhado por cada um o que gostou mais e menos e o que foi mais difícil e mais fácil de realizar durante a sessão.	3 cadeiras		5 minutos	