

O PERFIL PSICOMOTOR DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL PARTICIPANTES DO PROAMDE

THE PSYCHOMOTOR PROFILE OF ADULTS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES PARTICIPATING IN PROAMDE

Gianluca Lindoso dos Santos
Gisele Duarte Lima
Patricia Dineli de Souza
Minerva Leopoldina de Castro Amorim
Kathya Augusta Thomé de Lopes

*Faculdade Estácio do Amazonas AM, Brasil
Universidade Federal do Amazonas, AM, Brasil*

Resumo

A deficiência intelectual (DI) é caracterizada por limitações significativas nas funções intelectuais e no comportamento adaptativo que compreende as habilidades sociais, conceituais e práticas. A psicomotricidade tem por finalidade promover o desenvolvimento de todas as potencialidades do indivíduo, propiciando o equilíbrio biopsicossocial. O instrumento utilizado foi a bateria psicomotora de Vitor da Fonseca para verificar o perfil psicomotor. O objetivo foi analisar o perfil psicomotor de adultos com deficiência intelectual e analisar a aplicabilidade da bateria de Fonseca. A amostra composta por 20 adultos com idade de 22 a 45 anos, de ambos os sexos, alunos do Programa de Atividades Motoras Para Deficientes – PROAMDE, diagnosticado com Deficiência Intelectual. A avaliação foi dividida em dois momentos, pré e pós-intervenção. A soma das médias pós-testes foi maior que a pré-teste, com 19,69 e desvio $\pm 2,172$. Para soma das médias do pré, a pontuação mínima foi de 13 e a máxima 23,2. A soma das médias do pós tem a pontuação mínima de 14,6 e máxima 23,2. O perfil psicomotor da amostra inicial obteve oscilação entre bom (15%), disprático (5%) e normal (80%). Na segunda aplicação (pós-intervenção), o perfil foi classificado como bom (20%) ou normal (80%). Comparando os resultados inicial e final, observa-se que cerca de 80% dos alunos obtiveram conceito normal. A partir dos nossos resultados foi possível inferir que se tem uma análise objetiva do perfil psicomotor e assim sua aplicabilidade, assim como as atividades do programa tiveram influência positiva no perfil motor desses adultos com DI.

Palavras-chaves: Atividade Motora Adaptada. Deficiência Intelectual. Psicomotricidade. Bateria Psicomotora.

Abstract

Intellectual disability (ID) is characterized by significant limitations in intellectual functions and adaptive behavior that includes social, conceptual, and practical skills. Psychomotricity aims to promote the development of all the individual's potentialities, providing the biopsychosocial balance. The instrument used was Vitor da Fonseca's psychomotor battery to verify the psychomotor profile. The objective was to analyze the psychomotor profile of adults with intellectual disabilities and to analyze the applicability of the Fonseca battery. The sample was composed of 20 adults with ages between 22 and 45 years old, of both sexes, students of the Program of Motor Activities for the Disabled - PROAMDE, diagnosed with Intellectual Disability. The evaluation was divided in two moments, pre and post-intervention. The sum of the post-test averages was higher than the pre-test, with 19.69 and deviation ± 2.172 . For

the sum of the pre-test means, the minimum score was 13 and the maximum 23.2. The sum of the post means has the minimum score of 14.6 and the maximum 23.2. The psychomotor profile of the initial sample oscillated between good (15%), dyspraxic (5%), and normal (80%). In the second application (post intervention), the profile was classified as good (20%) or normal (80%). Comparing the initial and final results, it is observed that about 80% of the students obtained a normal concept. From our results it was possible to infer that we have an objective analysis of the psychomotor profile and thus its applicability, as well as the activities of the program had a positive influence on the motor profile of these adults with ID.

Keywords: Adapted Motor Activity. Intellectual Disability. Psychomotricity. Psychomotor Battery.

1 Introdução

A *American Association on Mental Retardation* (AAMR), atualmente conhecida como *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), estabeleceu, em 1992, uma definição para deficiência intelectual (DI), que salvo a mudança dos termos “*mental retardation*” para “*intellectual disability*”, manteve os mesmos preceitos. Define-se deficiência intelectual, com leve variação entre as três organizações AAIDD, DSM-5 e CID-11, como limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo expresso em habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Essa incapacidade tem origem durante o período de desenvolvimento (SCHALOCK *et al.*, 2021).

A AAIDD (2010) descreve como habilidades sociais: as relações interpessoais, a responsabilidade social, a capacidade de resolução de problemas e de seguir regras; as habilidades funcionais: atividades de vida diária, cuidados pessoais e com a saúde, uso de transportes, dinheiro e telefone, entre outros. Entretanto, salienta que os profissionais devem considerar ainda, fatores como: a diversidade do ambiente e da cultura em que as pessoas vivem.

Diferente da deficiência física, visual e auditiva, a deficiência intelectual apresenta muita ambiguidade e imprecisões em sua caracterização, não sendo esta objetiva. Além disso, não se pode falar em uma única categoria de deficiência intelectual, uma vez que existem diferenças na intensidade e nos modelos de suporte e ou potencialidade de cada indivíduo, o que pode levar a um duplo desafio: identificar e classificar a deficiência (OMOTE, 2003).

Segundo Fonseca (1995, p. 49), “[...] deficiência intelectual não é uma doença e sim uma condição, que em termos humanos a todos os níveis devem ser respeitados”. De acordo com o censo populacional realizado no Brasil, em 2010, 45,6 milhões de brasileiros têm algum tipo de deficiência, sendo ela visual, motora, auditiva ou intelectual/mental o que é equivalente a 23,9% da população. Deste total são pessoas com deficiência intelectual 1,4% (BRASIL, 2010).

A identificação e caracterização de qualquer pessoa com deficiência depende da construção de categorias claramente definidas. E conforme veremos ao longo deste trabalho, não há um consenso acerca de como deve ser classificada uma pessoa como tendo ou não DI, ainda que alguns itens em comum sejam levados em consideração na maioria dos sistemas de classificação, como é o caso do QI (quociente de inteligência). Porém, alguns destes sistemas de classificação admitem, em suas publicações mais atuais, o fato de que este critério de classificação pelo QI não deve ser levado em consideração de maneira isolada e colocam a importância de se avaliar também o comportamento adaptativo do indivíduo e o ambiente em que está inserido (DSM-5, 2014).

Embora as características físicas e motoras não sejam as que mais diferenciam os indivíduos com DI dos que não são deficientes, a maioria dos indivíduos com DI evidencia atrasos no desenvolvimento motor, sendo importante notar que esses atrasos parecem estar mais relacionados a fatores cognitivos de atenção e compreensão do que a déficit psicológicos ou motores (WINNICK, 2004).

Ainda o este autor, sob o mesmo raciocínio, quanto maior for à necessidade de apoio a pessoa com DI, maior será a demora em atingir os principais marcos de desenvolvimento. Dessa forma, as crianças com DI, como grupo, demoram mais para andar e falar, é de estatura um pouco baixa e costumam ser mais suscetíveis a problemas físicos e doenças do que outras crianças.

As crianças com DI acabam tendo dificuldades na realização de algumas atividades propostas, sendo elas motoras ou intelectuais. E a psicomotricidade é uma área que está relacionada a uma tomada de consciência que une o corpo, mente, natureza e sociedade, assim possibilitando que o indivíduo tenha uma vivência num todo, trabalhando as áreas de conhecimento. A psicomotricidade está agregada a afetividade e a personalidade, porque o indivíduo utiliza seu corpo para demonstrar o que sente (SANDRI, 2010), o que de acordo com Lima e Barbosa (2007), torna-se fundamental para o desenvolvimento de padrões motores básicos como a locomoção, a manipulação e o tônus corporal.

De acordo com De-Castro (2005 *apud* BIANCONI, 2012, P. 17-18) jovens e adultos com DI, que não tiveram a oportunidade de frequentar um ambiente que visasse a estimulação e a aprendizagem de tarefas diversificadas, podem apresentar padrões de movimentos fundamentais no estágio inicial, com uma fluência rítmica e coordenação pobre, a integração espaço-temporal do movimento também não pode ter sido desenvolvida, além disso, apresentam pouco equilíbrio, locomoção deficitária e dificuldades de coordenação durante execução de movimentos mais complexos.

O desenvolvimento psicomotor abrange o desenvolvimento funcional de todo o corpo e suas partes. Geralmente este desenvolvimento está dividido em vários fatores psicomotores. Segundo Fonseca (1995), apresenta sete fatores, os quais são a tonicidade,

o equilíbrio, a lateralidade, a noção corporal, a estruturação espaço-temporal e praxias fina e global.

Paralelo a tudo isso, temos a bateria psicomotora (BPM) de Vitor da Fonseca (1995), sendo a Bateria Psicomotora (BPM) um dispositivo que se baseia em um conjunto de tarefas que possibilita a identificação de déficits da função psicomotora, possibilitando assim a análise completa do perfil psicomotor.

2 Objetivo

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil psicomotor de adultos com deficiência intelectual (DI) participantes do Programa de Atividades Motoras para Deficientes (PROAMDE).

2.2 Objetivo Específico

Avaliar a aplicabilidade da Bateria Psicomotora (BPM) de Vitor da Fonseca para adultos com DI do PROAMDE.

3 Método

3.1 Participantes

O presente estudo caracteriza-se com o tipo descritivo, com o teor exploratório – descritivo combinado (LAKATOS; MARCONI, 2003).

A amostra foi composta por 20 voluntários, no qual teve como critério de inclusão: Ser adulto com idade cronológica de 22 a 45 anos de ambos os gêneros, sendo 14 do sexo masculino e 6 do sexo feminino; Alunos matriculados no Programa de Atividades Motoras para Deficientes – PROAMDE, diagnosticados como Deficiente Intelectual mediante a apresentação de laudo médico; e terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido ou termo de consentimento.

Sendo esse aspecto, Deficiência Intelectual, é o que é avaliado na Bateria Psicomotora (BPM) de Vitor da Fonseca.

3.2 Procedimento para coleta de dados

Após a primeira aplicação da BPM e coleta de dados, foram feitas sessões de intervenções com uma frequência de duas vezes por semana com 1h 15min de duração num período de seis meses. Após esse período de intervenção, foi aplicado o pós-teste da BPM.

Neste período foram trabalhados alguns conteúdos programáticos.

Quadro 1 - Plano de Curso PROAMDE

Equilíbrio	Locomoção	Manipulação
- Equilíbrio estático	· Rastejar	· Pinçar
- Equilibrar-se com um pé direito/esquerdo	- Decúbito dorsal	- Pinçar com a mão direita
- Equilibra-se com ambos os pés sobre o banco.	- Decúbito ventral	- Pinçar com a mão esquerda
-Equilibrar-se cócoras	· Rolamentos	· Encaixar
· Equilíbrio dinâmico	· Sextupedar	· Desencaixar
-Andar para frente	· Quadrupedar	· Roscar
-Andar de costa	· Andar	· Desenroscar
-Andar sobre a trave de equilíbrio	-Andar para frente	· Receber/jogar
-Saltar com ambos os pés a altura de 20 cm.	-Andar com passadas laterais	- Com a mão direita/esquerda.
	· Correr	-Com ambas as mãos.
	· Saltos	
	-Saltar com pé direito	
	-Saltar com pé esquerdo	
	-Saltar com ambos os pés	

Fonte: elaboração própria

De acordo com as atividades realizadas em plano de aula, seguindo o conteúdo programático durante o período de intervenção, esperou-se que os indivíduos correspondessem com uma perspectiva melhora de suas habilidades motoras, até que o teste fosse aplicado novamente.

A pesquisa foi submetida, e aprovada pelo Comitê de Ética Parecer: 1.975.513. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos participantes, e todos assinaram o documento.

3.3 Instrumento da pesquisa

Para o desenvolvimento do estudo, foi utilizada como instrumento de avaliação a Bateria Psicomotora (BPM) elaborada por Vitor da Fonseca em 1995.

A Bateria Psicomotora (BPM) compõe-se de sete fatores psicmotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estimulação espaço-temporal, praxia global e praxia fina, subdivididos em 26 subfatores. Na qual possui um parâmetro de avaliação que segue uma escala de pontos dos perfis psicmotores. O avaliado recebe uma pontuação conforme seu desempenho.

Quadro 2 - Classificação do Perfil Psicomotor

1	Realização imperfeita, incompleta e descoordenada	Perfil apráxico
2	Realização com dificuldade de controle (satisfatório)	Perfil dispráxico
3	Realização adequada e controlada (bom)	Perfil eupráxico
4	Realização perfeita, harmoniosa e controlada	Perfil hiperpráxico

Fonte: Bateria Psicomotora Vitor da Fonseca (BPM)

A bateria apresenta condições e oportunidades para estudar a psicomotricidade atípica, podendo no seu todo ou em alguns fatores ser utilizada para estudar a psicomotricidade em deficientes visuais, deficientes da comunicação, deficiente sócio-emocional, etc.

O resultado total da BPM é obtido nos quatro parâmetros já apresentando todos os subfatores, sendo a cotação média de cada fator arredondada. A cotação assim obtida traduz de forma global cada fator.

A bateria psicomotora de Vitor da Fonseca avalia 7 fatores, e cada um deles apresentam subfatores (SF) a serem avaliados, sendo esses fatores: 1) Tonicidade (9 SF); 2) Equilibração (14 SF); 3) Lateralização (1 SF); 4) Noção do Corpo (5 SF); 5) Estruturação Espaço-Temporal (4 SF); 6) Praxia Global (6 SF); e, 7) Praxia Fina (3 SF). Cada um desses subfatores apresenta uma pontuação de 1 a 4, sendo que a pontuação de cada subfator é somada e obtém-se um total de pontos que é dividido pelo total de subfatores de cada um desses fatores. Após se obter o resultado da avaliação de cada fator somamos esses resultados, chega-se a uma pontuação que vai classificar o seu perfil psicomotor. Como é representado pela conta a seguir.

Quadro 3 - Fórmula para a classificação do Perfil Psicomotor

Tonicidade: $\frac{\text{Total de pontos}}{9} = \underline{\hspace{2cm}}$
Equilibração: $\frac{\text{Total de pontos}}{14} = \underline{\hspace{2cm}}$
Lateralização: $\frac{\text{Total de pontos}}{1} = \underline{\hspace{2cm}}$
Noção do Corpo: $\frac{\text{Total de pontos}}{5} = \underline{\hspace{2cm}}$
Est. Espaço-temporal: $\frac{\text{Total de pontos}}{4} = \underline{\hspace{2cm}}$
Praxia Global: $\frac{\text{Total de pontos}}{6} = \underline{\hspace{2cm}}$
Praxia Fina: $\frac{\text{Total de pontos}}{3} = \underline{\hspace{2cm}}$
Soma do resultado dos Fatores: $T + E + L + NC + EET + PG + PF = \underline{\hspace{2cm}}$
Pontuação Total: $\underline{\hspace{2cm}}$

Fonte: Bateria Psicomotora Vitor da Fonseca (BPM)

3.2 Procedimentos Estatísticos

Após preenchimento de todas as planilhas, estas foram tabuladas no programa Excel 2007 e processadas pelo programa software R 3.4.0 para fazer os testes.

O teste *T* pareado foi usado com o objetivo de verificar se existe diferença entre duas médias de um mesmo grupo, avaliadas em dois momentos distintos. Nesta pesquisa, utilizou-se o teste com intuito de verificar se houve diferença no perfil psicomotor antes e após a aplicação do estudo.

O teste usado para normalidade foi *Shapiro-Wilk* e para testar a homogeneidade da variância utilizou-se o teste *F*.

O teste de Qui-quadrado foi realizado para verificar a existência de associações significativas. Todos os testes foram realizados ao nível de significância adotado $p \geq 0,05$ (5%) de significância.

4 Resultados e discussões

Para compreensão dos resultados obtidos na pesquisa, foi necessário realizar uma análise quantitativa dos dados.

Dessa forma, foi utilizada uma análise descritiva com intuito de descrever e sumarizar o banco de dados. A em média a idade dos alunos foi de 29,65 anos, com desvio padrão de 8,34. A idade mínima foi de 22 anos e a máxima de 45 anos. Conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Descritiva da variável quantitativa *Idade*

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade (anos)	29,65	8,34	22	26,5	45

Fonte: elaboração própria

Quanto à classificação por gênero dos alunos, verificou-se que a maioria deles é do gênero masculino (70%). Como mostra a Tabela 2, dividida em masculino e feminino.

Tabela 2 - Prevalência de Gênero

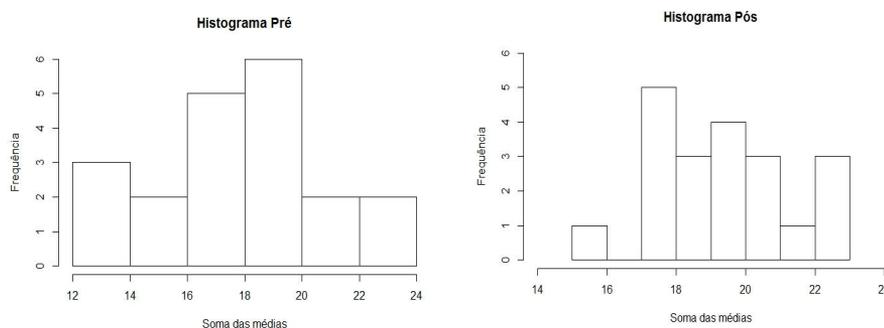
Gênero	N	%
Feminino	6	30
Masculino	14	70
Total	20	100

Fonte: elaboração própria

Quanto ao grau de normalidade e confiabilidade dos resultados da pesquisa, utilizou-se do método de *Shapiro-Wilk* e para testar a homogeneidade da variância utilizou-se o teste F. Como mostra a Tabela 2 e os histogramas pré e pós-intervenção no resultado dos testes:

Tabela 3 - Normalidade e Homogeneidade da variância

Pressupostos	Teste	P-valor Pré	P-valor Pós
Normalidade	Shapiro-Wilk	0,4087	0,2263
Variância Homogênea	Teste F	0,1537	



Fonte: elaboração própria

A Tabela 4 apresenta o perfil psicomotor (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estimulação espaço-temporal, praxia global e praxia fina) pré e pós teste dos indivíduos.

Tabela 4 - Frequência do Perfil Psicomotor pré e pós-teste

Perfil Psicomotor	N	%
Pré		
Bom	3	15
Dispráxico	1	5
Normal	16	80
Total	20	100
Pós		
Bom	4	20
Normal	16	80
Total	20	100

Fonte: elaboração própria

Os resultados indicaram que o perfil psicomotor da amostra inicial havia oscilação entre bom, dispráxico e normal, não sendo encontrado nenhum perfil deficitário ou excelente. Porém, na segunda aplicação (pós-teste) de acordo com a tabela, o perfil psicomotor dos participantes passou a ser classificado como bom ou normal, excluindo,

portanto, aquela pequena porcentagem de dispráxico do primeiro momento de coleta (pré-teste). Comparando os resultados inicial e final, observa-se que, em ambos os períodos, cerca de 80% dos alunos obtiveram conceito normal. Em se tratando dos distúrbios manifestados no corpo, geralmente não apresentam nenhuma relação com alterações neurológicas. Nestes transtornos, o esquema e a imagem corporal, bem como o tônus muscular aparece comprometido, impedindo que o indivíduo tenha domínio de seu próprio corpo. Assim, ela apresentará dificuldades em todos os elementos psicomotores ou em apenas um, como destaca-se ainda antes da aplicação (pré) que apenas um aluno tinha o perfil Dispráxico.

A dispraxia, segundo Goretta (2010), caracteriza-se como a dificuldade de associar movimentos para realizar uma tarefa. Há um transtorno espacial (dificuldade de lateralizar, de nomear objetos, espelhamento de letras, assimetria nos movimentos – todos estes aparecendo persistentemente). Ocorre um fracasso nos jogos, um desvio no desenvolvimento cognitivo no que diz respeito à distinção de aspectos figurativos, o que impede que o indivíduo atinja a fase de operações concretas. Há uma perturbação do esquema corporal, quando a dispraxia é no olhar, além das perturbações perceptivas, há dificuldades posturais e de equilíbrio.

Podemos citar a pesquisa feita por Fumes e Marques (1999), onde encontraram entre os sujeitos da amostra perfis psicomotores normal (5) e dispráxico (5). Os sujeitos que apresentam perfil psicomotor normal, conforme nos é indicado por Fonseca (1992), possuem nível de realização completo, adequado e controlado na maioria dos fatores, com uma ou outra dificuldade. Já os sujeitos com perfil psicomotor dispráxico, segundo são identificados como tendo dificuldades ligeiras e as tarefas são realizadas com dificuldades de controle, de modo incompleto e inadequado. Comum entre eles foi a dificuldade de concentração, a instabilidade emocional, apresentação de comportamentos desconexos e a rápida fatigabilidade.

Na pesquisa feita por Bortolaia e Souza (2011), dos quatro indivíduos avaliados, um apresentou perfil psicomotor dispráxico, evidenciando dificuldade de controle na realização das tarefas, e três apresentaram perfil eupráxico, realizando normalmente as atividades. Portanto, estes resultados evidenciam que a avaliação e intervenção terapêutica interdisciplinar, direcionadas a essas crianças favorecem no desenvolvimento neuropsicomotor das mesmas.

Outro resultado encontrado no nosso estudo refere-se a estatística descritiva dos grupos. A Tabela 1 mostra a média e o desvio-padrão, a mediana e o os valores mínimo e máximo.

Em média, a pontuação, soma das médias pós-testes, foi maior que a pré-teste, com 19,69 e desvio 2,172. Para a soma das médias do pré, a pontuação mínima foi de 13 e a máxima 23,2. A soma das médias do pós tem a pontuação mínima de 14,6 e máxima 23,2.

O valor na coluna P apresentado na tabela refere-se ao p-valor do teste T. Ao nível de significância 0,05 (5%), sendo que verifica-se a diferença antes e depois da aplicação do método, ou seja, a soma das médias do pós é maior do que a do pré.

Tabela 5 – Soma das médias

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	P
Soma média - Pré	18,35	2,912	13	18,5	23,2	0,001585
Soma média - Pós	19,69	2,172	14,6	19,65	23,2	

Fonte: elaboração própria

Estes resultados apresentados na Tabela 5 revelam um grau de normalidade que fornece suporte para maior confiabilidade, uma vez que o p-valor foi maior que o p-valor estabelecido na pesquisa, no padrão motor dos alunos avaliados.

A observação dos resultados permitiu verificar que houve evolução positiva para todos. Falando-se em pequenos ganhos que foram alcançados através da prática dos diferentes comportamentos motores, conseguindo-se que dois dos alunos avaliados mudassem de cotação e também de perfil psicomotor, seguindo a cotação estipulada pela Bateria Psicomotora de Vitor da Fonseca. De uma maneira geral, os valores alcançados por todos os alunos foram superiores para o tônus muscular, relativamente ao tônus de ação.

Como sustenta Fonseca (1992), sem a organização Tônica muscular a atividade motora não se desencadeia nem a estruturação psicomotora se desenvolve, o que quer dizer que para se conseguir desenvolver o tônus muscular de suporte do indivíduo tens que ter bons indicativos através do trabalho continuado, sempre repetitivo de acordo com o nível de aprendizagem cognitiva e motora do aluno.

Ainda segundo o mesmo autor, o perfil psicomotor representa a qualidade da comunicação entre o psíquico e o motor num determinado momento do desenvolvimento da criança. Neste caso, o mesmo prevalece para os adultos.

Fumes e Marques (1999) realizaram um estudo com adultos com DI, e a BPM mostrou ser útil e aplicável para avaliar o nível real dos subfatores psicotores dos participantes, sendo possível elaborar um perfil psicomotor destes e definir suas principais capacidades psicomotoras.

Em estudo feito por Gorla *et al.* (2003), a estruturação espaço-temporal, não se avaliou este fator nesta pesquisa pois as tarefas respectivas exigiam dos alunos o entendimento de ordens simples e complexas. Tais tarefas de estruturação espaço-temporal não atingiram o índice de discriminação e de dificuldade pré-estabelecidos, portanto, estes foram excluídos também do teste no estudo de Fumes e Marques (1999).

5 Conclusão

A partir dos nossos resultados foi possível inferir que o estudo apresentou certas limitações, como amostras insuficientes e curto tempo de intervenção.

As atividades do programa tiveram influência positiva no perfil motor desses adultos com DI, bem como proporcionou a análise objetiva da realidade do perfil psicomotor e definir suas principais capacidades psicomotoras, visto que aqueles que não obtiveram melhoras em uma determinada área mantiveram seu perfil motor com a mesma classificação. É válido ressaltar que todos os participantes aumentaram sua pontuação na Bateria Psicomotora (BPM), uns permaneceram com a mesma classificação e outros atingiram o escore suficiente para mudar na classificação do perfil psicomotor.

Certamente, é necessário que para obter sucesso em um programa, as atividades devem ser planejadas e orientadas.

Depreende-se que a idade cronológica dos participantes é inferior à idade biológica. Com isso, o instrumento utilizado, a Bateria Psicomotora de Vitor da Fonseca foi aplicável à população em questão (adultos com deficiência intelectual), proporcionando a análise objetiva da realidade psicomotora desses alunos.

Existem, na literatura atual, vários estudos relacionados às intervenções motora e psicomotora baseados na educação física adaptada, visando a melhoria da aptidão física e perfil motor de crianças com deficiência intelectual, principalmente relacionado à Síndrome de Down e Autismo, o que leva-nos a ter um pensamento positivo no sentido de buscar explicações e soluções de vários problemas que ocorrem no dia a dia, porém, são escassas as propostas com testes apropriados e validados para a população de adultos com deficiência intelectual, principalmente quando se refere à área da psicomotricidade. Nesse sentido, nota-se a importância de novos estudos voltados para esta população, visando solucionar problemas/dificuldades no âmbito sócio cultural e esportivo em que estão inseridos.

Referências

- AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities). *Intelectual Disabilities: Definition, Classification and Systems of Supports*. The AAIDD Ad Hoc Committee on Terminology and Classification. United States of America, ed, 2010.
- American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora, 2014.
- BIANCONI, E. de C. *Influência de um programa de educação física no desenvolvimento psicomotor de jovens e adultos com deficiência intelectual*. 2012. Dissertação (Mestrado) - UFSCAR, 2012.
- BORTOLAIA, A. P.; SOUZA, T. F. Q. *Perfil psicomotor: caracterização em portadores de síndrome de down*. *Revista FUNEC científica - multidisciplinar*. v. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfc/article/view/23> Acesso em: 01 abr. 2021
- CASTRO, E. M. de. *Educação física adaptada*. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005.
- FONSECA, V. *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- FONSECA, V. *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. Lisboa: Editorial Notícias, 1992.

FUMES, N. L. F.; MARQUES, U. de S. M. *Avaliação psicomotora em jovens adultos portadores de deficiência mental*. 1999. Disponível em: <http://www.motricidade.com/index.php/10-partilha-de-documentos?start=84>

GORETTI, A. C. dos S. *A psicomotricidade/ Atividade física adaptada e saúde*. In: Centro de Estudo Pesquisa e Atendimento Global da Infância e Adolescência. São Paulo, 2010.

GORLA, J. I *et al.* Bateria psicomotora de Fonseca: uma análise com o portador de deficiência mental. *EFDeportes, Revista Digital*, Buenos Aires, v. 9, n 62, 2003.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 2010. *Estimativas populacionais para os municípios brasileiros*. Disponível em: (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=destaques>).

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, A. S.; BARBOSA, S. B. *Psicomotricidade na educação infantil - desenvolvendo capacidades*. 2007.

OMOTE, S. Algumas tendências (ou modismo?) recentes em educação especial a revista brasileira de Educação Especial. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 9, n. 1, p. 25-38, 2003.

SCHALOCK, R. L., LUCKASSON, R. Intellectual disability, developmental disabilities, and the field of intellectual and developmental disabilities. In: GLIDDEN, L.M.; ABBEDUTO, L. J., MCINTYRE, L. L.; TASSÉ; M. J. (Eds.). *Handbook of intellectual and developmental disabilities*. Washington, DC: American Psychological Association, 2021. doi: [org/10.1037/0000194-02](https://doi.org/10.1037/0000194-02).

SANDRI, L.S.L. A psicomotricidade e seus benefícios. *Revista de educação do IDEAU*. v. 15, n. 12, 2010.

WINNICK, J. *Educação física e esportes adaptados*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2004.

Notas sobre os autores

Gianluca Lindoso dos Santos
Faculdade Estácio do Amazonas, lindosogian12@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5416-4735>

Gisele Duarte Lima
Universidade Federal do Amazonas, glima4973@gmail.com,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4834-733X>

Patricia Dineli de Souza
Universidade Federal do Amazonas, patricia_dinelly@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4409-2181>

Minerva Leopoldina de Castro Amorim
Universidade Federal do Amazonas, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5350-3563>

Kathya Augusta Thomé de Lopes
Universidade Federal do Amazonas, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3976-8899>

Recebido em: 29/06/2020
Reformulado em: 01/03/2021
Aceito em: 01/03/2021