



Universidade de Lisboa

Faculdade de Motricidade Humana

A Psicomotricidade numa Equipa de Intervenção Precoce – ELI de Sesimbra

**A criança com Perturbação do Espectro do Autismo; O Projeto Young Athletes
Special Olympics**

Documento Definitivo

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

Orientador: Professor Doutor Pedro Parrot Morato

Juri: Professora Maria Teresa Perlico Brandão

Professora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Carolina Brás Tadeia

2019

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

(Madre Teresa de Calcutá)

O sonho é o meu guião, a coragem a minha vantagem, a determinação o rumo, e a humildade a essência que me conduz à sabedoria.

Encontro no fim o meu começo!

AGRADECIMENTOS

Seria impossível iniciar este relatório sem agradecer às pessoas que estiveram comigo ao longo de todo o processo, que durante todos estes meses me apoiaram, me ouviram, que acreditaram em mim e não me deixaram desistir. Um especial obrigado às quatro pessoas que tão importantes e pacientes são: João, mãe, pai e Patrícia.

Agradeço imenso à pequena, grande, equipa da intervenção precoce de Sesimbra, que me recebeu de forma irrepreensível, onde fui tratada como uma colega e elemento da equipa. Ajudaram-me e deram de si mesmas para além do profissionalismo. Foi muito compensador crescer ao vosso lado. Há a necessidade de um agradecimento especial à Dr.^a Helena Rocha pelo gosto de ensinar, por partilhar os seus anos de experiência, por me ajudar a superar os desafios, a lidar com situações difíceis e me contagiar ainda mais com o prazer de trabalhar com crianças e com as suas famílias. Saio deste contexto formativo bastante mais rica a nível profissional e pessoal, e em muito se deve à cooperação em equipa que vivenciei.

Às famílias apoiadas, obrigada pela confiança e pela oportunidade. E às escolas em que intervimos, às educadoras e auxiliares, obrigada também pela confiança e cooperação, por me darem espaço para mostrar o que valho e em conjunto melhorarmos os contextos, promovermos as competências globais, de forma inclusiva e transversal.

Agradeço ainda ao professor Pedro Morato por me acompanhar neste crescimento profissional.

Contudo, são às crianças que dedico este relatório. Crescemos bastante em conjunto este ano.

RESUMO

O presente relatório descreve as atividades de estágio na Equipa Local de Intervenção Precoce de Sesimbra, com vista à aquisição do título de mestre em Reabilitação Psicomotora, pela Faculdade de Motricidade Humana.

No decorrer do presente estágio, de 8 meses, foram acompanhadas um total de 13 crianças, entre os 7 meses e os 7 anos de idade. Dessas, 6 em contexto familiar, em ginásio, e as restantes, seguidas em contexto escolar, sendo que uma destas usufruiu ocasionalmente de sessões de grafomotricidade cooperativamente com a família. Com 4 destas crianças, existiu uma relação mais próxima com a família, devido ao projeto Young Athletes Special Olympics (YA), também abordado neste relatório.

Todos os casos passaram por uma fase de observação e avaliação (inicial e final), a elaboração de um plano de intervenção e a autorreflexão dos resultados, apesar do foco do relatório incidir num só estudo de caso, uma menina de 6 anos de idade, acompanhada em contexto familiar e no projeto YA, com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (não-verbal).

Após este momento formativo, onde se privilegia a intervenção contextualizada e cooperativa, observaram-se evoluções não só para as crianças apoiadas, como a nível pessoal e em vários casos, no contexto.

Palavras-chave: Intervenção Precoce, ELI de Sesimbra, Intervenção centrada na família, Psicomotricidade, Estudo de caso, Perturbação do Espectro do Autismo, Projeto Young Athletes Special Olympics, Trabalho em equipa.

ABSTRACT

This report describes the activities held in the Local Team for Early Intervention of Sesimbra, and was carried by an internship to acquire Masters degree in Psychomotor Rehabilitation by the University of Motricidade Humana.

During this 8-month period, a total of 13 children were followed, between 7 months and 7 years of age. Of those 13, 6 were accompanied in their family context, in the gymnasium, and the rest were followed in school context. One of them, took occasional graphomotricity

sessions cooperatively with the family. With 4 of these children, a close relationship with the family was developed due to the Special Olympics Young Athletes (YA) program, which will be addressed in this paper.

All cases involved a phase of observation and evaluation (initial and final), an elaboration of a plan of action and self-reflection of results. although the present focus is on a single case study, which refers to a 6-year-old girl, accompanied in a family context and involved in the YA program, diagnosed with Autism Spectrum Disorder (nonverbal).

After this internship, contextualized and cooperative intervention was favored, developments were observed not only for the children who were supported, but also on myself, and in several cases in their context.

Keywords: Early Intervention, Sesimbra ECI, Family-Centered Intervention, Psychomotricity, Case Study, Autism Spectrum Disorder, Special Olympics Young Athletes Program, Teamwork.

Lista de Abreviaturas

ABC – Autism Behavior Checklist

ADI-R – Autism Diagnostic Interview – Revised

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule

AGD – Atraso Global do Desenvolvimento

APA – American Psychiatric Association

APPDA – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

CAI – Centro de Animação para a Infância

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CARS – Childhood Autism Rating Scale

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança, Hospital Garcia da Orta

CDCHU – Center on the Developing Child of Harvard University

CHAT – Checklist for Autism in Toddlers

CHBM – Centro Hospitalar Barreiro e Montijo

CIPA – Centro de Inovação e Participação Associativa

CRESCER – Currículo do nascimento aos 3 anos de idade

CRI – Centro de Recursos para a Inclusão

CRPC – Centro de Reabilitação Profissional da Cercizimbra

DEC – Division for Early Childhood

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education

EB1 – Escola Básica

EEE – Escola de Educação Especial

ELI – Equipa Local de Intervenção Precoce

ESDM – Modelo Denver

EUA – Estados Unidos da América

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

GOP – Grelha de Observação Psicomotora de João Costa

IPI – Intervenção Precoce na Infância

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

JI – Jardim de Infância

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Paralisia Cerebral

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PEI – Programa Educativo Individual

PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PIT – Plano Individual de Transição

QI – Quociente de Inteligência

RP – Reabilitação Psicomotora

RUR – Redes de Unidades Residenciais

SNC – Sistema Nervoso Central

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNIPI LVT – SNIPI de Lisboa e Vale do Tejo

UIAI – Unidade Integrada de Atendimento à Infância

USF – Unidade de Saúde Familiar

WPPSI – Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-Escolar e Primária

XXS Prematutros – Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro

YA – Projeto Young Athletes Special Olympics

Índice

Índice de Tabelas	ix
Índice de Figuras	ix
Índice de Anexos	x
Introdução	12
1. Enquadramento da Instituição e Legislação	13
1.1. Caraterização da Instituição e da População	13
1.2. Enquadramento Legal e Modelo de Atendimento	15
1.3. Articulação com outros serviços da comunidade e contextos de intervenção 19	
2. Intervenção Precoce na Infância.....	20
2.1. A importância de Intervir precocemente	20
2.2. Evolução da Intervenção Precoce na Infância	24
2.3. Definição e princípios da Intervenção Precoce na Infância	28
2.3.1. Práticas e programas de Intervenção Precoce na Infância	29
3. Psicomotricidade	33
3.1.1. História	33
3.1.2. Definições e Princípios	35
3.2. Psicomotricidade e Intervenção Precoce na Infância.....	38
4. Perturbações do Neurodesenvolvimento	38
4.1 Perturbação do Espectro do Autismo	40
II Realização da Prática Profissional	53
Descrição do processo de intervenção	66
III. Estudo de Caso.....	79
Atividades complementares	99
Projeto YA	99
Dificuldades e limitações	106

Conclusão	108
Bibliografia	110
Anexos.....	xii

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Quadro com Critérios de Elegibilidade (SNIPI) (Retirado de Marques, 2010).	15
Tabela 2 - Cronograma das atividades de estágio	54
Tabela 3- Casos apoiados e contextos de intervenção	55
Tabela 4 - Horário de estágio.....	57
Tabela 5 - Síntese de intervenção dos casos apoiados	67
Tabela 6 - Cronograma de intervenção MB	80
Tabela 7- Objetivos pedagógico-terapêuticos MB.....	86
Tabela 8 - Síntese e análise final dos objetivos de intervenção	96

Índice de Figuras

Figura 1- Organigrama da Cercizimbra	14
Figura 2 - Ciclo de intervenção - Personalizado à criança e sua família e respetivos descritores (Retirado de Sitneonsson et al., 1996).....	30
Figura 3 - Modelo de Sistemas de Desenvolvimento para Início da Intervenção, retirado de Guralnick (2001).	31
Figura 4 - Hierarquia da Linguagem (Retirado de PPW da aula do prof. Vitor Cruz, 2017)	47
Figura 5- Avaliação Inicial "Perfil Sensorial"	81
Figura 6 - Avaliação Inicial Checklist Autismo	82
Figura 7 - Avaliação Inicial Grelha de Observação Psicomotora a critério	83
Figura 8 - Áreas Fortes vs Áreas a Desenvolver.....	85
Figura 9 - Fatores Protetores vs Fatores de Risco.....	85
Figura 10 - Avaliação Inicial vs Final "Perfil Sensorial", Estudo de caso MB	93
Figura 11 - Avaliação Inicial vs Final "Checklist Autismo", Estudo de caso MB.....	94
Figura 12- Avaliação Inicial vs Final "Grelha de Observação Psicomotora a critério", Estudo de caso MB.....	95
Figura 13 - Objetivos gerais e específicos projeto YA	101

Figura 14 - Estrutura das sessões do projeto YA	101
Figura 15- Estrutura da sessão "Grupo dos Faladores"	103

Índice de Anexos

Anexo A: Ficha de Referenciação SNIPI

Anexo B: Ficha de Caracterização da Criança/Família SNIPI

Anexo C: PIIP SNIPI

Anexo D

D1: GOP exemplo, MB

D2: Checklist Autismo MB

D3: Perfil Sensorial inicial, MB

D4: Perfil Sensorial final, MB

D5: Grelha de Observação Psicomotora a Critério, PEA, MB

D6: Ecompa MB

D7: Objetivos de intervenção, análise final

D8: Checklist Curriculum Modelo Denver inicial, MB

D9: Checklist Curriculum Modelo Denver final, MB

Anexo E: Inventário de desenvolvimento DC (exemplo)

Anexo F: Exemplo de Relatório de Sessão

Anexo G: Exemplo de Relatório de Observação (MB)

Anexo H: Exemplo de Relatório de Sessão MB

Anexo I: Exemplo de Relatório de Intervenção

Anexo J: Exemplo de Relatório de Evolutivo

Anexo K: Exemplo de Relatório de Reunião com a Família

Anexo L: Relatório de Reunião APPDA e Escola MB

Anexo M: “Melhorar a relação com o lápis”

Anexo N: “Estratégias para reduzir a agitação motora”

Anexo O: “Férias de Verão com as crianças”

Anexo P: YA apresentação com exemplos de planos de sessão

Anexo Q

Q1: Exemplo de Relatório de Sessão YA 1

Q2: Exemplo de Relatório de Sessão YA 2

Anexo R: Questionário Final aos Pais Projeto YA

Anexo T: Apresentação Grupo dos Faladores

Anexo U: Exemplo de estratégias em Consultoria

Anexo V

V1: Certificado de Participação na Organização no V Encontro de Intervenção Precoce na Infância de Lisboa e Vale do Tejo

V2: Certificado de Comunicação no V Encontro de Intervenção Precoce na Infância de Lisboa e Vale do Tejo

Anexo X: Certificado de Participação no “Promoção do Neurodesenvolvimento do pré-termo: O Hospital e as Equipas de Intervenção Precoce”

Anexo Y: Exemplos de materiais construídos

Anexo Z: Exemplos de atividades em sessão

Introdução

Com o intuito da obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora, o presente relatório, efetuado no âmbito da Unidade Curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, realizado no segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), da Universidade de Lisboa, é referente ao estágio profissionalizante na área do Desenvolvimento e Aprendizagem, na Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI) de Sesimbra.

Este estágio ocorreu durante 8 meses. De outubro de 2017 a junho de 2018, com 13 crianças dos 7 meses aos 7 anos de idade, e respetivas famílias. Tendo também feito parte do mesmo a colaboração em dois projetos, acompanhando um total de 6 grupos de crianças; dois em contexto do projeto Young Athletes Special Olympics (YA) e os restantes em co-terapia com a Terapeuta da Fala da ELI, projeto “Grupo dos Faladores”.

O presente relatório pretende dar a conhecer o trabalho desenvolvido, bem como as conquistas e dificuldades sentidas a nível pessoal. Este está estruturado em três partes:

- Enquadramento da Prática Profissional, onde se contextualiza o local de estágio e se realiza a revisão de literatura de suporte aos modelos de Intervenção Precoce na Infância (IPI). Além disso, é feita ainda uma revisão relativa à Intervenção Psicomotora e de suporte à Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) (estudo de caso explorado);
- Realização da Prática Profissional, referente à organização e contextualização das atividades de estágio, à apresentação da população atendida, descrição do processo de intervenção e de outras atividades complementares desenvolvidas;
- Estudo de Caso, capítulo constituído pela descrição detalhada do processo de avaliação e intervenção de uma menina de 6 anos com PEA, referenciando o seu projeto terapêutico, objetivos, avaliações e resultados obtidos no processo de intervenção precoce.

Finaliza-se o presente documento com as conclusões, dificuldades, limitações e recomendações oriundas do trabalho desenvolvido de teor prático e teórico.

I Enquadramento Teórico da Prática Profissional

1. Enquadramento da Instituição e Legislação

1.1. Caracterização da Instituição e da População

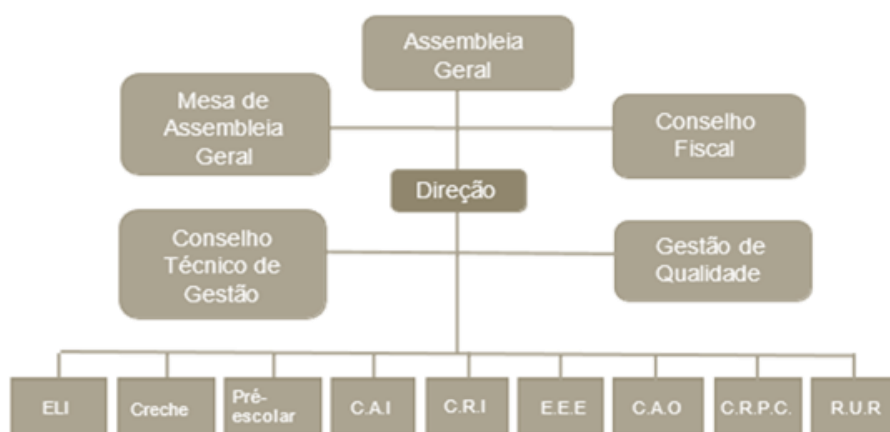
A Cercizimbra ergueu-se em maio de 1976 por iniciativa de um grupo de pais de crianças com deficiência, com o intuito inicial de construir apenas uma escola de Educação Especial (Cercizimbra, 2015a).

Atualmente a Cercizimbra tem como objetivo primordial a inclusão das pessoas com alguma deficiência, ou limitação, nos seus contextos, tendo por esse motivo várias respostas sociais que possibilitam responder às necessidades destas pessoas, e das suas famílias, contribuindo assim para o aumento da qualidade de vida das mesmas (Cercizimbra, 2015a). As respostas sociais, segundo a mesma fonte, encontradas são então:

1. A Unidade Integrada de Atendimento à Infância (UIAI)
 - a) ELI de Sesimbra;
 - b) Creche;
 - c) Pré-escolar;
 - d) Centro de Animação para a Infância (CAI);
2. Escola de Educação Especial (EEE);
3. Centro de Recursos para a Inclusão (CRI);
4. Centro de Atividades Ocupacionais (CAO);
5. Centro de Reabilitação Profissional da Cercizimbra (CRPC);
6. Redes de Unidades Residenciais (RUR);
 - a) Lar Residencial para Adultos Autónomos;
 - b) Lar Residencial para Adultos Dependentes.

Assim, a instituição é organizada da seguinte forma (Cercizimbra (s.d.), documento não publicado):

Figura 1- Organograma da Cercizimbra



A ELI de Sesimbra, faz assim, parte da UIAI, tendo esta início em junho de 1993, com o intuito de sensibilizar a comunidade para o diagnóstico precoce de situações de risco efetivo ou potencial, bem como a etiologia do problema, e ainda, favorecer a inclusão destas crianças na sua sociedade (Gronita, Pimentel, Bernardo, Matos e Marques, 2016). Tendo como foco a intervenção com cerne na criança e respetiva família, podendo optar por intervenções preventivas ou reabilitativas, com objetivo de potenciar o desenvolvimento adequado de crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo, ou em risco de atraso de desenvolvimento, com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade (Cercizimbra, 2015b).

Na mesma linha de pensamento, a IPI pode ser realizada por técnicos especializados da área da Educação Especial e Reabilitação, Psicologia, Terapia da Fala e de Política Social. Tendo também a colaboração de 3 docentes de Educação Especial, e em alguns momentos a ajuda de um/a estagiário/a de Reabilitação Psicomotora da FMH, como no caso do presente ano. As intervenções podem ser realizadas em diferentes contextos, entre eles a residência da criança, creche, ama, estabelecimento de educação pré-escolar, centro de saúde, IPSS, Sede da ELI, ... (Cercizimbra, 2015b; Regulamento Interno, 2017, não publicado).

1.2. Enquadramento Legal e Modelo de Atendimento

A ELI segue de acordo com o decreto-lei n.º 281/2009, o SNIPI e ainda tem o apoio das estruturas representativas dos Ministérios do Trabalho, da Solidariedade Social, da Saúde e, da Educação (Regulamento Interno, 2017, não publicado).

Segundo o decreto-lei supracitado, artigo 3, a Intervenção Precoce na Infância (IPI) pode definir-se como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”, que inclui crianças em “Risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo”, que condicione o desenvolvimento típico da criança e afete a sua participação ativa, considerando o seu nível desenvolvimento, idade e o contexto social em que está inserida, ou crianças em “Risco grave de atraso de desenvolvimento”, devido a condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que levam a uma elevada probabilidade de atraso significativo no seu desenvolvimento.

São entendidas como alterações nas funções do corpo, as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, como as psicológicas, onde possa ocorrer alguma alteração; já as alterações nas estruturas do corpo são mais visíveis e, conseqüentemente, mais fáceis de detetar, em que existe alguma anomalia a nível anatómica, no corpo, podendo esta ser, e.g., nos órgãos, membros e nos seus componentes (SNIPI, 2016).

Para serem elegíveis, as crianças têm de pertencer ao grupo 1 (alterações nas funções ou estruturas do corpo) ou apresentar 4 ou mais fatores de risco (biológico e/ou ambiental), do grupo 2 (Marques, 2010).

Tabela 1 – Quadro com Critérios de Elegibilidade (SNIPI) (Retirado de Marques, 2010).

1. ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES OU ESTRUTURAS DO CORPO		2. RISCO GRAVE DE ATRASO DE DESENVOLVIMENTO	
1.1 ATRASO DE DESENVOLVIMENTO O SEM ETIOLOGIA CONHECIDA	1.2 Atraso de Desenvolvimento por Condições Específicas	2.1 – Crianças expostas a fatores de risco biológico	2.2 - CRIANÇAS EXPOSTAS A FACTORES DE RISCO AMBIENTAL

<p>ABRANGENDO UMA OU MAIS ÁREAS, VALIDADO POR AVALIAÇÃO FUNDAMENTADA, FEITA POR PROFISSIONAL COMPETENTE PARA O EFEITO:</p>	<p>Diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, <u>entre outras:</u></p>	<p>Baseiam-se num diagnóstico relacionado com, <u>entre outros:</u></p>	<p>FACTORES DE RISCO PARENTAIS</p>	<p>FACTORES DE RISCO CONTEXTUAIS</p>
<p>MOTORA <input type="checkbox"/></p>	<p>- Anomalia cromossômica (p. ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de</p>	<p>- História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento; <input type="checkbox"/></p>	<p>- Mães adolescentes <18 anos <input type="checkbox"/></p>	<p>- ISOLAMENTO (AO NÍVEL GEOGRÁFICO E DIFICULDADE NO ACESSO A RECURSOS FORMALIS E INFORMAIS;</p>
<p>FÍSICA <input type="checkbox"/></p>	<p>X-Fragil) <input type="checkbox"/></p>	<p>- Exposição intrauterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso e infeções HIV e Hepatite C); <input type="checkbox"/></p>	<p>- Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas <input type="checkbox"/></p>	<p>DISCRIMINAÇÃO SOCIOCULTURAL E ÉTNICA, RACIAL OU SEXUAL;</p>
<p>COGNITIVA <input type="checkbox"/></p>	<p>- Perturbação neurológica (p. ex. paralisia cerebral, neurofibromatose) <input type="checkbox"/></p>	<p>- Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infeções, hemorragias, etc.); <input type="checkbox"/></p>	<p>- Maus tratos ativos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança – saúde, alimentação, higiene e educação) * <input type="checkbox"/></p>	<p>DISCRIMINAÇÃO RELIGIOSA; CONFLITUALIDAD E NA RELAÇÃO COM A CRIANÇA) E/OU POBREZA (RECURSO A BANCOS ALIMENTARES E/OU CENTROS DE APOIO SOCIAL; DESEMPREGADOS ; FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DE RSI OU DE APOIOS DA AÇÃO SOCIAL) <input type="checkbox"/></p>
<p>EMOCIONAL <input type="checkbox"/></p>	<p>- Malformações congénitas (p. ex. síndromas polimalformativos) <input type="checkbox"/></p>	<p>- Prematuridade < 33 semanas de gestação; <input type="checkbox"/></p>	<p>- Doença do foro psiquiátrico <input type="checkbox"/></p>	<p>DESEMPREGADOS ; FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DE RSI OU DE APOIOS DA AÇÃO SOCIAL) <input type="checkbox"/></p>
<p>SOCIAL ADAPTATIVA <input type="checkbox"/></p>	<p>- Doença metabólica (p. ex. mucopolisacaridose s, glicogenoses) <input type="checkbox"/></p>	<p>- Muito baixo peso à nascença (< 1,5Kg); <input type="checkbox"/></p>	<p>- Doença física incapacitante</p>	<p>DESORGANIZAÇÃO FAMILIAR (CONFLITUALIDAD E FAMILIAR FREQUENTE; NEGLIGÊNCIA DA HABITAÇÃO A NÍVEL DA</p>
<p>COGNITIVA <input type="checkbox"/></p>	<p>- Défice sensorial (p. ex. baixa visão/cegueira, surdez) <input type="checkbox"/></p>	<p>- Atraso de Crescimento Intrauterino</p>		<p>DA</p>
<p>SOCIAL ADAPTATIVA <input type="checkbox"/></p>	<p>- Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a</p>			<p>DA</p>

<p>narcóticos, cocaína e outras drogas (p. ex. síndrome fetal alcoólico) <input type="checkbox"/></p> <p>- Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (p. ex. HIV, grupo TORCH, meningite) <input type="checkbox"/></p> <p>- Doença crónica grave (p. ex. tumores do SNC, D. renal, D. hematológica) <input type="checkbox"/></p> <p>- Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (p. ex. perturbações do espectro do autismo) <input type="checkbox"/></p> <p>- Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.</p>	<p>(ACIU): Peso de nascimento < percentil 10 para o tempo de gestação;<input type="checkbox"/></p> <p>- Asfixia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais). <input type="checkbox"/></p> <p>- Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões) <input type="checkbox"/></p> <p>- Hemorragia intraventricular <input type="checkbox"/></p> <p>- Infeções congénitas</p>	<p>ou limitativa <input type="checkbox"/></p> <p>- Escolaridade e <4º ano (ensino básico de acordo com a idade) <input type="checkbox"/></p> <p>* <i>Penha, T. (2000) Tipologia de maus-tratos</i></p>	<p>ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO E DA HIGIENE) <input type="checkbox"/></p> <p>PREOCUPAÇÕES ACENTUADAS, EXPRESSAS</p> <p>POR UM DOS PAIS, PESSOA QUE PRESTA CUIDADOS À CRIANÇA OU PROFISSIONAL DE SAÚDE, RELATIVAMENTE AO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA, AO ESTILO PARENTAL OU INTERAÇÃO MÃE/PAI-CRIANÇA <input type="checkbox"/></p>
---	---	--	---

		(Grupo TORCH) <input type="checkbox"/> - Criança HIV positiva <input type="checkbox"/> - Infeções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningoencefalite) <input type="checkbox"/> - Traumatismos cranianos graves <input type="checkbox"/> - Otite média crónica com risco de défice auditivo <input type="checkbox"/>		
--	--	--	--	--

As famílias chegam até à equipa através de uma ficha de referência (anexo A), que pode ser preenchida por qualquer pessoa que tenha contacto com a criança, no entanto, quando não realizada pelos cuidadores primários, estes têm de assinar a mesma, autorizando-a. Após isso, na ELI de Sesimbra, as crianças passam por um processo de triagem, realizado por uma técnica da equipa (Psicóloga ou Técnica de Política Social), que recolhe a informação pertinente junto da família e realiza também uma observação da criança (podendo esta acontecer em contextos distintos).

Posteriormente à reunião preliminar com a família, a criança é inscrita para a reunião de casos (realizada todas as segundas-feiras), onde se afere em equipa as necessidades desta criança, respetiva família e quando aplicável, a nível educacional, bem como os recursos que se podem disponibilizar para fazer o apoio dessa criança, a periodicidade, avaliações ou observações necessárias e é eleita uma responsável de caso. Após as decisões de equipa a responsável de caso entra de novo em contacto

com a família colocando-a a par das mesmas, fazendo novos agendamentos e em alguns casos é concluído o preenchimento do PIIP da criança, sendo passadas ainda estratégias relevantes nos diferentes contextos. Este ano letivo, foram acompanhadas pela ELI de Sesimbra 204 crianças/famílias.

1.3. Articulação com outros serviços da comunidade e contextos de intervenção

A rede da ELI de Sesimbra é vasta, conseguindo chegar até à população de diversas formas. Por isso, esta encontra-se em diversos pontos, com projetos diferenciados e inovadores em espaços cedidos pela Câmara de Sesimbra, como é o caso do “Espaço aqui brincamos todos”, dinamizado pela Técnica de Política Social, Isabel Valente Cruz, que faz uma ponte entre as famílias e a equipa, desmistificando o trabalho realizado e ao mesmo tempo proporcionando um espaço de enriquecimento e crescimento tanto do bebé como dos familiares que os acompanham. Este projeto apenas se encontra a funcionar este ano na biblioteca de Sesimbra, por falta de condições físicas para o dinamizar na Quinta do Conde.

Ainda num trabalho em grupo dedicado à família, temos o Grupo dos Faladores, que se trata de um grupo de estimulação da linguagem, dinamizado pela Terapeuta da Fala Carmem Monteiro e durante o período de estágio também por mim. Este projeto tem quatro grupos, dois realizados na UIAI, e os restantes dinamizam-se na Quinta do Conde, numa sala do Centro de Inovação e Participação Associativa (CIPA), facultado pela Câmara Municipal.

Além do já apresentado, a ligação com o Hospital Garcia da Orta (CDC), ao Hospital de São Bernardo, e especialmente com os elementos da equipa da Unidade de Saúde Familiar do Castelo (USF) é um fator engrandecedor, existindo com os primeiros uma reunião trimestral, sendo no primeiro caso, elaboradas reuniões específicas para discutir os casos de PEA, quando se verifica necessário. Na USF as reuniões são mensais, sendo discutidos e encaminhados casos tanto para a ELI, como da ELI para outros técnicos, como é o caso da Psicóloga do Centro de Saúde. É nesta USF que são realizados ainda alguns atendimentos/avaliações, numa sala disponibilizada para esse efeito.

As intervenções são muitas das vezes realizadas em amas, creches ou jardins de infância na maioria da rede pública, sendo importante realçar que as parcerias são

sólidas com todos estes sistemas educacionais, havendo facilidade de articulação que facilitaram, inclusivamente, a criação de projetos conjuntos como o “Falar de...”, que se vem extendendo ao longo dos anos. Além de meios de deteção precoce de sinais de alerta e consequente sinalização para a ELI. É a colaboração com estas entidades que permite à equipa de IPI conseguir assegurar muitas vezes a implementação dos PIIPs. O projeto “Falar de...”, é realizado em conjunto com várias Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Sesimbra, tendo como população alvo a primeira infância, com um tema a escolher anualmente, onde se administra por meio de uma exposição e da circulação de livros sobre a temática nas diferentes instituições aderentes.

2. Intervenção Precoce na Infância

2.1. A importância de intervir precocemente

Cada vez parecem existir mais crianças com dificuldades desenvolvimentais, entre estas temos casos de Perturbação de Hiperatividade/ Défice de Atenção (PHDA), PEA, Trissomia 21, Perturbação Emocionais, na Linguagem, Auditivas, Visuais e Problemas de Aprendizagem; sendo que a existência de qualquer problemática irá ter influência significativa para o funcionamento do seio familiar (Seligman e Darling, 2013).

Uma vez que é durante os primeiros anos de vida da criança que se dá a base para todas as aprendizagens e onde existe maior crescimento a nível cognitivo, sensorial, motor, emocional, pessoal e da linguagem, é inevitável a recomendação de uma intervenção tão precoce quanto possível (European Agency for Development in Special Needs Education, 2011). Existem dados das neurociências e do estudo das relações entre a criança e os seus progenitores que sustentam esta ideia da importância de uma intervenção tão precoce quanto possível. Abordá-los-emos de seguida.

Neurociências

Dados das neurociências afirmam que há melhores resultados quando existe uma intervenção preventiva (Center on the Developing Child of Harvard University [CDCHU], 2018). Isto acontece uma vez que o cérebro é responsável pelo desenvolvimento cognitivo, emocional e também físico, e aos 6 anos o seu crescimento já é próximo do

estádio desenvolvimental em adulto (Papalia e Feldman, 2013). Segundo Fox, Levitt e Nelson (2010), as capacidades perceptivas, emocionais e cognitivas têm início nas primeiras experiências, ocorrendo nessa fase os períodos sensíveis dos circuitos neuronais básicos, que promoveram posteriormente as aptidões de cada um (e.g. a nível visual ou auditivo).

A proliferação sináptica massiva dá-se nos primeiros anos de vida e, para maior eficiência dos circuitos passa a haver uma preferência por um padrão de conectividade cerebral, acionado sempre que algo específico acontece, sendo eliminados os circuitos que não são usados: denominados de períodos sensíveis. Segundo os mesmos autores, estas ligações podem alterar-se posteriormente, resultado da neuroplasticidade, criando novas conexões, mas esta plasticidade é menor da existente durante um período sensível, e exige maior dispêndio de energia (Nugent e Brazelton, 1989; Nelson, 2000; Knudsen, 2004; CDCHU, 2018).

Papalia e Feldman (2013) corroboram que é através dos neurónios, das suas dendrites e conexões sinápticas que é possível a passagem de informação (recepção e transmissão), acrescentando que a sua maior proliferação ocorre entre os 6 e os 24 meses de idade, o que favorece as capacidades perceptivas, cognitivas e motoras; ao que é durante o tempo formativo que é maior a vulnerabilidade cerebral.

A experiência/ambiente tem grande influência no desenvolvimento cerebral, em especial na fase inicial do mesmo (períodos pós-natais iniciais), sejam estas negativas ou positivas (Nelson, 2000; Knudsen, 2004; Fox et al., 2010; Papalia e Feldman, 2013; Inguaggiato, Sgandurra e Cioni, 2017). Apesar de menor, ao longo da vida, esta influência possibilita a plasticidade cerebral ou neuroplasticidade, caracterizada pela capacidade do Sistema Nervoso se “modelar” a alterações no ambiente (Papalia e Feldman, 2013; Garcés-Vieira e Suárez-Escudero, 2014; Inguaggiato et al., 2017), ajustando as respostas nervosas em prol das informações e estímulos novos, ao desenvolvimento, e mesmo em caso da ocorrência de danos (Garcés-Vieira e Suárez-Escudero, 2014; Ismail, Fatemi e Johnston, 2017). O que leva à aprendizagem (Papalia e Feldman, 2013), e conseqüentemente influência o desenvolvimento comportamental (Nugent e Brazelton, 1989; Knudsen, 2004; Fox et al., 2010).

Segundo Knudsen (2004) e Ismail et al. (2017), um período sensível não tem um início pré-definido, dependendo assim do desenvolvimento da criança e das

experiências a que está exposta. Os últimos, afirmam ainda que também o “fecho” destes períodos não parece ser absoluto.

Assim, estes períodos são potenciados pela qualidade das experiências e a aprendizagem precoce é a base para a otimização cerebral posterior (Fox et al., 2010). Caso se perca esta “janela de oportunidade”, ou esta seja deficitária, há uma correlação negativa com o desenvolvimento típico, especialmente relativo às capacidades linguísticas, da visão e emoções (Nelson, 2000). Contudo, com a introdução posterior do estímulo necessário é possível mudar os circuitos cerebrais, apesar de haver diminuição desta capacidade (Ismail et al., 2017). Também o desenvolvimento motor parece ser influenciado culturalmente (Papalia e Feldman, 2013).

Os circuitos que se delineiam primeiro são os mais simples, relativos à visão e audição, desenvolvidos nos primeiros meses, que precedem as capacidades de linguagem e as funções cognitivas avançadas (CDCHU, 2018). Também a memória de trabalho parece surgir cedo, entre os 6 e os 12 meses de vida (Papalia e Feldman, 2013).

Segundo Friedmann e Rusou (2015) o período crítico para o desenvolvimento da sintaxe é durante o primeiro ano de vida, e na ausência do mesmo poderão existir graves dificuldades sintáticas posteriormente, como ausência de compreensão e limitações nas construções frásicas complexas. Segundo Nelson (2000), o discurso perceptivo pode ser melhorado pela experiência, potenciada pela intervenção.

Após o primeiro ano há uma perda da capacidade cerebral em reconhecer sons diferentes, dificultando a aprendizagem de uma língua dispar à existente no seu contexto inicial; perda esta que se vai assentando exponencialmente com a maturação cerebral, sendo mais difícil alterar os circuitos cerebrais, a sua reorganização e “adaptação” (CDCHU, 2018).

Relação pais-filhos

O modelo de intervenção preventiva, mencionado por Nugent e Brazelton (1989), tem como premissa a relevância de uma influência neonatal positiva nas relações pais-filhos; defendendo assim que a intervenção deve ser centrada na família, fornecendo estratégias para que melhor compreendam a comunicação da criança, para se

adaptarem à mesma, realçando a importância da bidirecionalidade na relação (pais-filhos).

O CDCHU (2018) refere ainda que esta vinculação precoce pais/cuidadores-criança, onde existe estabilidade e responsividade, é tão importante, que na sua ausência ou inadequação, a arquitetura cerebral da criança é afetada, influenciando negativamente, não só a saúde, mas também a aprendizagem e o comportamento. Também Cunha, Leite e Almeida (2015), defendem que para que o desenvolvimento infantil seja potenciado é de primordial importância a construção de um ambiente seguro, onde seja potenciada ao máximo a díade criança-cuidadores.

As competências cognitivas são favorecidas pela interação social com o adulto, através de atividades conjuntas que promovem habilidades, conhecimentos e aculturação na criança (Papalia e Feldman, 2013).

CDCHU (2018), aponta como alertas de indicadores prejudiciais ao desenvolvimento cerebral o stress crónico, pobreza extrema, situações de abuso e a depressão materna. Eventos de stress podem interferir na maturação do hipocampo (Inguaggiato et al., 2017). Este stress aumenta também o risco de perturbações comportamentais para os pais, segundo os mesmos autores.

Assim, segundo Inguaggiato et al. (2017), é através da interação inicial entre os genes e o ambiente, que engloba a relação pais-filhos e a nutrição, que se dá o desenvolvimento das várias funções do cérebro, sendo o impacto maior num período pós-natal inicial (visuais, auditivas, somatossensoriais e cognitivas); é assim importante a promoção de um “ambiente enriquecedor” para que o desenvolvimento ocorra de forma ideal.

E são as habilidades cognitivas, linguísticas, e a saúde física existentes nos primeiros anos, que predizem o sucesso futuro, a nível académico, no trabalho e na própria sociedade, CDCHU (2018) acrescenta que além de ser mais eficiente, a intervenção precoce é ainda menos onerosa do que quando ocorre mais tardiamente; e diminui problemas de saúde como a depressão ou diabetes. Ismail et al. (2017) acrescentam que o tipo de circuito neural (alto ou baixo, com processamento único ou paralelo) está diretamente relacionado com o grau de plasticidade cerebral.

A intervenção precoce no desenvolvimento em parceria com os pais possibilita ganhos ao nível cognitivo, físico, social e emocional das crianças, que se revelam como

determinantes para a sua saúde; ao que o diagnóstico precoce dos riscos ao desenvolvimento pode aumentar as possibilidades de reabilitação, através da adopção de programas adequados para as necessidades da criança; sendo a intervenção favorecida pela plasticidade cerebral, concluindo-se que o processo de estimulação deve ser iniciado o mais cedo possível (Sá et al., 2017).

Contudo, o estudo de Soukup-Ascensão, D'Souza, D'Souza e Karmiloff-Smith (2016), em que se faz a comparação de famílias de crianças com um desenvolvimento típico e pais de crianças com Trissomia 21 ou Síndrome de Williams, revelam que nos últimos existe menor qualidade de interação na díade pai-filho, sendo os pais mais diretos e menos responsivos, e em simultâneo as crianças menos atentas aos pais.

Assim, numa perspetiva holística, apoiada por todos os dados supracitados, e sustentados pelo decreto-lei n.º 281/2009, quanto mais precoce se iniciarem as intervenções, maior é a possibilidade de sucesso e de participação e inclusão na sociedade, uma vez que se minimizam ou se corrigem as limitações existentes. Além de reduzir os gastos para o Sistema Nacional de Saúde (CDCHU, 2018).

2.2. Evolução da Intervenção Precoce na Infância

O primeiro registo de intervenção precoce deu-se no final dos anos 60 (Franco e Apolónio, 2009), aparecendo nos EUA, como resposta educacional para crianças desfavorecidas, tendo como base o Modelo Médico (Pimentel, 2003). Sendo que em Portugal parece ter surgido com o intuito de apoiar os pais de crianças cegas, através da criação do Instituto de Apoio a Menores (Silva, 2009; Franco e Apolónio, 2009); Após isso surgiu resposta para crianças com paralisia cerebral e também com “deficiência intelectual”; mas foi só nos anos 70 que apareceram os centros de educação especial, responsáveis por atender às necessidades das crianças com deficiência, havendo uma evolução acentuada com o surgimento das CERCI, em 1974 (Franco e Apolónio, 2009).

Afonso e Afonso (2005) mencionam que na Europa, entre os anos 60 e 80 foi legislado o Princípio da Integração, que permitia que com as adaptações curriculares e organizacionais necessárias, todas as crianças pudessem frequentar uma escola normal.

Silva (2009) explica que para chegar ao ensino atual foi necessário atravessar várias etapas evolutivas; a exclusão completa da sociedade, que foi a primeira reação das comunidades face à diferença, sendo que só a partir da segunda metade do século XX se começou a ver a pessoa com deficiência de outro modo, mas ainda assim, estas eram segregadas da sociedade, estando em instituições especializadas. Seguidamente a integração, onde estas crianças deviam ser tratadas o máximo possível como os seus pares, permanecendo numa escola regular, e finalmente a inclusão, fruto da Declaração de Salamanca em 1994, onde se começou a perspetivar que as turmas fossem inclusivas (Silva, 2009).

Esta declaração tinha como intuito reforçar a universalidade do direito à educação, já declarado desde 1948, e procurando assegurar este direito junto das crianças, jovens e adultos com necessidades educativas especiais, surgindo como um guião para os governos e organizações, realçando as potencialidades existentes em todos, afirmando que com o plano educativo adequado, em escolas regulares e de forma inclusiva, é possível maiores ganhos, e com menos custo.

A definição de apoios especializados a nível educacional, nos vários setores (público, particular e cooperativo) emergiu com o decreto-lei n.º 3/2008, que esteve em vigor até ao final do ano letivo 2017/2018, onde os alunos com necessidades educativas especiais, ou seja com alguma limitação seja na autonomia, mobilidade, aprendizagem, social e/ou na comunicação, significativas e de continuidade usufruíam de adequações que promovessem a sua inclusão e sucesso, sendo isso da responsabilidade das escolas.

Deste decreto-lei, estruturou-se as Unidades de Ensino Estruturado para a Educação (para PEA) e as Unidades de Apoio Especializado para a educação (para Multideficiência e surdocegueira congénita), existindo ainda escolas de referência para cegos ou surdos; surgiu ainda o Programa Educativo Individual (PEI) e o Plano Individual de Transição (PIT), sendo que no primeiro consta toda a informação necessária de cada aluno que integra o presente decreto-lei, especialmente as adequações ao programas educativos (e.g. educação bilingue de alunos surdos) e respetivas estratégias (e.g. tecnologias de apoio ou adequações na avaliação) para atingir as metas estabelecidas para cada um; ambos os documentos são da responsabilidade não só da escola, mas também dos encarregados de educação e outros serviços pertinentes (e.g. centro de saúde). Mostrando aqui a importância dada ao trabalho em equipa, com atribuição de um papel importante à família.

A Intervenção Precoce começou a ser configurada nos anos 80, segundo afirmam Franco e Apolónio (2009), com o objetivo de detetar e estimular precocemente perturbações do desenvolvimento infantil, sendo o primeiro projeto realizado em Coimbra, em 1989, que potenciou a criação do despacho-conjunto n.º 891/99 de 19 de outubro. Lapa e Almeida (2013) corroboram, afirmando que o grande crescimento, tanto a nível público como privado, dos projetos de IPI durante os anos 90, teve enorme impacto no modelo de IPI uma vez que fomentou o despacho-conjunto n.º 891/99, revogado apenas de acordo com o decreto-lei n.º 281/2009. Este despacho esteve assim em vigor por uma década e apesar de dar maior enfoque a crianças até aos 3 anos com deficiência ou em risco grave de atraso no desenvolvimento, este abrangia crianças até aos 6 anos de idade, de acordo com o despacho conjunto n.º 891/99. Nele, finalmente se estipulou a importância de uma intervenção precoce centrada na família em detrimento da ideia de intervenção centrada na criança.

Os modelos em IPI evoluíram assim, da centralização na criança, apoiados pelos trabalhos de Gesell (1943), Skinner (1968) e de Piaget (1969), para uma proposta ecológico-sistémica, em que também o ambiente tem uma relevância inquestionável na intervenção, tendo como pilares autores como Bowlby, Bandura, Vygotsky, Sameroff e Bronfenbrenner (EADSNE, 2005).

Almeida (2004) quando fala em IPI refere-se ao Modelo Ecosistémico e Transacional para sustentar a sua ideia, realçando a importância do contexto, o que inclui a cultura, os valores e princípios sociais, no desenvolvimento da criança, sendo este contexto ainda a fonte de apoio e recursos necessários, e da autonomia da família, tendo um papel ativo na intervenção.

O Modelo Transacional defende que todo o desenvolvimento do indivíduo é influenciado pelo contexto, pelas suas vivências, de forma bidirecional (uma vez que é condicionado pelas características pessoais do mesmo), sendo esta relação dinâmica e ininterrupta (Sameroff e Mackenzie, 2003).

Também no Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner, o desenvolvimento é dado de forma contínua ao longo de toda a vida, e mesmo de gerações, com alterações nas características biopsicológicas dos indivíduos, tanto de forma individualizada como contextualizada (Bronfenbrenner e Morris, 2006).

Já Gronita, Bernardo, Marques, Matos e Pimentel (2011), apresentam como modelos atuais em IPI o de Dunst (2000-2005) e o de Guralnick (1997-2006); sendo que

o primeiro é direcionado à ajuda à família (oferecendo-lhes a informação necessária, orientação e aconselhamento), fomentando a sua aut capacitação e conseqüentemente a qualidade de vida, além de promover as aprendizagens, a inclusão e desenvolvimento na criança, contando com os recursos existentes na família e/ou comunidade, onde é dada enorme importância às aprendizagens “naturais”, ou seja as potenciadas pelas atividades de vida diárias; o outro modelo, também ele com foco na família, especialmente nas suas características, padrões e fatores de stress, à semelhança do modelo anterior também neste se salienta a importância dos recursos, da comunidade e da informação.

Em 2009 foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), decretado a 6 de outubro pelo decreto-lei n.º 281/2009, efeito da Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade de 2006-2009; Este visa potenciar o desenvolvimento das crianças dos 0 aos 6 anos de idade em risco ou com alterações nas estruturas ou funções do corpo, atuando de forma preventiva e reabilitativa, em coordenação com os Ministérios do Trabalho, Solidariedade Social, Saúde e Educação, numa relação bidirecional entre a família e os restantes elementos envolvidos no processo; possibilitando a participação adequada à sua idade e contexto social.

Houve em 2013 um alargamento do SNIPI, através da extensão do programa de Apoio e Qualificação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, o Programa de Apoio e Qualificação SNIPI, cujo objetivo é reforçar a rede de ELI, através do apoio financeiro às mesmas de acordo com o decreto-lei n.º 293/2013. Este afirma que uma ELI deve ser constituída por um Psicólogo, um Técnico de Segurança Social e pelo/s terapeuta/s que são responsáveis pelo desenvolvimento potencial, por meio de intervenções especializadas, com intuito final na participação ativa da criança e família nos seus contextos; estando assim já com enfoque na família também.

Com o decreto-lei n.º 281/2009, e para a melhor articulação entre serviços e instituições que de alguma forma participam no processo de cada criança, surgiu um documento importante, o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), em que consta a data de iniciação e previsão de cessão, onde estão presentes os recursos e necessidades, os apoios, a periodicidade de avaliações e outros elementos importantes à transição para o contexto educativo formal, articulando este com o PEI.

A nível histórico observa-se assim o afastamento da intervenção centrada na criança e passa-se a atribuir importante papel à família, chamando-a a participar em todo o processo com vista no sucesso (Lapa e Almeida, 2013), o que acompanhou também a evolução da visão da pessoa com deficiência e a sua inclusão na sociedade, onde a IPI tem um papel preponderante.

2.3. Definição e princípios da Intervenção Precoce na Infância

Martins, Freitas, Carvalho e Pascoinho (2018) apresentam a IPI como um serviço de resposta e/ou de prevenção a crianças, e respetivas famílias, em risco grave de atraso no desenvolvimento.

EADSNE (2011) corrobora o afirmado anteriormente, acrescentando que na Europa a IPI é sustentada, de forma transdisciplinar, pelas áreas da saúde, educação e segurança social, com o objetivo de potencializar o desenvolvimento pessoal, as competências familiares e a inclusão na sociedade, através do fornecendo de oportunidades.

Além da intervenção dever ser iniciada o mais cedo possível, a nível da criança e do contexto, criando assim elementos protetivos, Inguaggiato et al. (2017), mencionam também que estes serão fundamentais na potencialização do neurodesenvolvimento da criança.

Uma criança pode ser referenciada à ELI por parte da saúde, da educação, da ação social ou outros, por solicitação da família, sendo preenchido um documento, em que preenchidos os critérios de elegibilidade e a avaliação da criança, pode-se adequar a intervenção (Franco e Apolónio, 2010).

Os 3 fundamentos base da IPI, atualmente, englobam aspetos pessoais e intraindividuais, relacionais e transacionais e ambientais/contextuais, sendo esses os seguintes (Franco e Apolónio, 2009):

1. Neurociências, centrado nos conhecimentos da plasticidade cerebral, realçando a importância de uma intervenção o mais precoce possível;

2. Desenvolvimento infantil, onde são destacados, a importância da relação mãe-bebê, as capacidades das crianças precocemente e conseqüentemente, a importância dos primeiros anos no desenvolvimento infantil;
3. Perspectivas Ecológicas e Sistêmicas, com enfoque na relevância dos fatores ambientais e dos contextos no desenvolvimento da criança.

Além de alertarem para a importância da identificação e sinalização precoces, Martins et al. (2018), dão enorme enfoque à IPI direcionada à família, habilitando-a e responsabilizando-a enquanto facilitadora do desenvolvimento da criança e das suas aprendizagens; a relação técnicos-família deve ser tanto quanto possível informal.

Assim, uma vez que o desenvolvimento infantil se dá sempre de forma contextualizada, com uma enorme influência por parte das pessoas de referência para a criança, é em IPI a sua contabilização imprescindível, tendo estas um papel ativo e relevante ao longo de toda a intervenção, em todas as decisões, na planificação e estratégias (Machado, Santos e Espe-Sherwindt, 2017).

No Division for Early Childhood (DEC) (2014) define-se que os profissionais em IPI têm como dever, com os conhecimentos multidisciplinares da sua equipa, potenciar o desenvolvimento da criança com alguma deficiência ou em risco de atraso, oferecendo cuidados, educação e terapias no seu contexto, e devem ainda apoiar a família da mesma, sempre de modo inclusivo.

2.3.1. Práticas e programas de Intervenção Precoce na Infância

O SNIPI implica, por intermédio das ELI's, a deteção, sinalização ou vigilância, avaliação, intervenção, apoio à família e envolvência da comunidade (ou em alguns casos o encaminhamento) para todas as crianças dos 0 aos 6 anos de idade em risco ou com alterações nas funções ou estruturas do corpo de acordo com o decreto-lei n.º 281/2009.

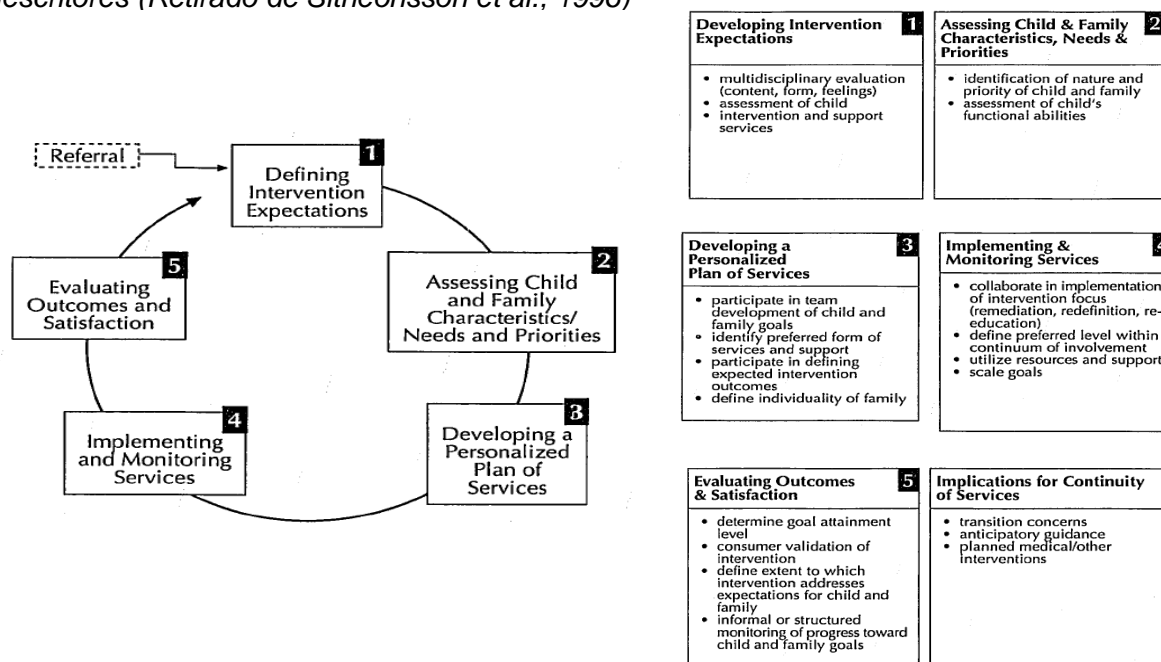
Complementando esta afirmação na DEC (2014) referem que é importante a existência de rastreios na comunidade e de uma avaliação eficiente, contextualizada (junto da família), para se assinalarem os critérios de elegibilidade que visa a construção futura do plano individual de intervenção, com as necessidades da criança, mas também os seus pontos fortes e preferências/interesses; para isso é realizada uma avaliação

funcional, para não só promover e adequar estratégias ao ambiente de intervenção, mas também prevenir problemas futuros (DEC, 2014).

Para Gronita et al. (2011), programas de qualidade em IPI devem: garantir um rastreio/sinalização precoce; serem específicos para cada criança e respetiva família; responder tanto às necessidades como às capacidades da criança e família; ser rica e transdisciplinar, contabilizando a família com parceira; deter uma equipa em constante atualização de conhecimentos; ter como base os recursos existentes na comunidade; e tem de incluir a avaliação periódica da intervenção (objetivos-metas).

Isto irá de encontro ao já defendido por Sitneonsson et al. (1996) que apresentam que o trabalho da equipa em IPI tem de seguir as etapas: (1) identificação de objetivos; (2) Adequar as metas aos objetivos; (3) Distinguir os resultados possíveis no final do processo; (4) Identificar o desempenho atual e final para cada meta; (5) Definir o tempo para se realizar essa intervenção; (6) Associar o desempenho alcançado com as metas previamente estipuladas; (7) Se necessário, pode-se atribuir uma avaliação quantitativa às metas definidas. Segundo estes autores, o processo de intervenção pode-se exprimir no seguinte ciclo:

Figura 2 - Ciclo de intervenção - Personalizado à criança e sua família e respetivos descritores (Retirado de Sitneonsson et al., 1996)



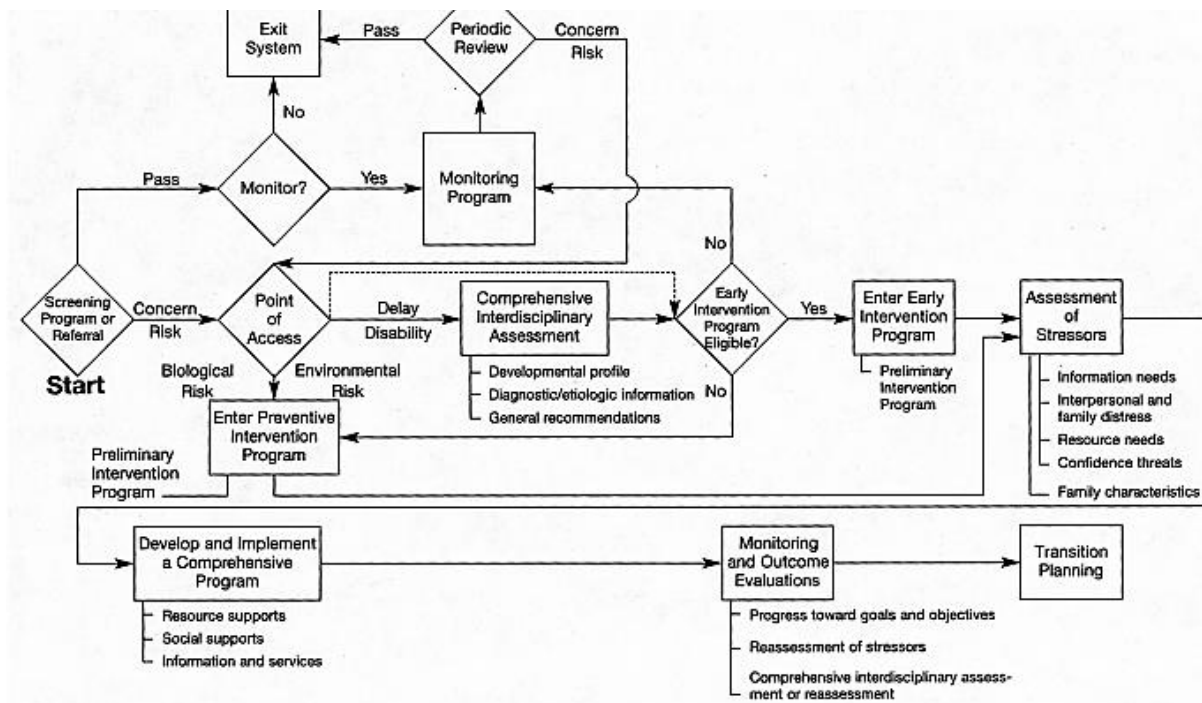
Guralnick também construiu um modelo de intervenção em IPI que até hoje parece ser usado como referência, aludido a baixo. Este mostra que é fundamental uma

sinalização precoce de riscos e stressores, possibilitando uma avaliação preventiva ou a implementação de um programa compreensivo interdisciplinar, tendo de todo esse processo de ir sendo reavaliado com o intuito de um futura transição. Sendo as bases do modelo de Guralnick a integração e coordenação e a inclusão, sempre com a sensibilidade necessária às diferenças culturais e conseqüentes implicações no desenvolvimento da criança (Guralnick, 2007). Ver figura 3.

É alertado, na mesma linha de pensamento, para os fatores de risco inerentes às características da criança, mas também familiares, como existência de problemas de saúde mental nos pais, conjugais, de pobreza, entre outros, referindo assim três padrões familiares de interação críticos a considerar em IPI:

- “1) a qualidade das transações entre pais e filhos;
- 2) experiências infantis orquestradas em família e;
- 3) saúde e segurança fornecidas pela família”

Figura 3 - Modelo de Sistemas de Desenvolvimento para Início da Intervenção, retirado de Guralnick (2001).



Também no decreto-lei n.º 281/2009 se defende a individualização de cada caso, e por esse motivo é definido para cada criança um Plano Individual da Intervenção Precoce (PIIP), baseado na avaliação contextualizada da criança, com a adequação de medidas e ações. Este documento deve ser composto pela seguinte informação, para além de possíveis relatórios realizados, entre outras informações relevantes para o processo:

- “a) Identificação dos recursos e necessidades da criança e da família;
- b) Identificação dos apoios a prestar;
- c) Indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração;
- d) Definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respectivas capacidades de adaptação;
- e) Procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar;
- f) O PIIP deve articular-se com o PEI, aquando da transição de crianças para a frequência de jardins-de-infância ou escolas básicas do 1.º ciclo.”, de acordo com o decreto-lei n.º 281/2009.

No DEC (2014), é reforçado assim que as práticas em IPI devem ter como base, serem centradas na família, ou seja flexíveis e sensíveis às particularidades do contexto de cada família, e de modo a que esta tenha uma participação ativa nas escolhas tomadas para a sua criança; capacitar as famílias, potenciando a aquisição de capacidades parentais para melhorar a sua participação; e na colaboração familiar e profissional, em que em equipa se alcance os objetivos traçados para a família e respetiva criança.

3. Psicomotricidade

3.1.1. História

A história da psicomotricidade está inerente à história do corpo, que se foi alterando até à ideia de interações entre o corpo e a mente como algo imprescindível e indissociável (Barreto e Falcão, 2009).

O termo “psicomotor” surgiu pela primeira vez como denominação de uma região do córtex cerebral, em 1870, por Fritsch e Hitzig (citado por Barreto e Falcão, 2009; Costa, 2008; Fonseca, 2010), que se distinguia da área motora já reconhecida, esta nova área aparentemente seria responsável pela conexão entre a imagem mental e o movimento; é então devido à necessidade de encontrar uma área de explicação médica para problemas patológicos sem que haja uma lesão cerebral que surge a designação “Psicomotricidade”, sendo que os primeiros estudos sobre dificuldades motoras têm origem em 1907, por Dupré (citado por Barreto e Falcão, 2009; Costa, 2008; Fonseca, 2010), que tem em conta os sintomas: sincinesias, paratonias e inabilidades, na ausência de lesões cerebrais. Este associou ainda o desenvolvimento psicomotor com a inteligência.

Henri Wallon (1879-1962) (citado por Barreto e Falcão, 2009; Costa, 2008; Fonseca, 2010) foi muito importante para a Psicomotricidade, afirmava que a intervenção psicomotora tinha de ter em conta o papel da função tónica (atitudes e pilares da vida mental) e da emoção; procurou demonstrar que entre as funções mentais e as motoras existia uma influência mútua, e defendia também que o esquema corporal era a base do desenvolvimento da personalidade da criança.

Piaget (1896-1980), foi também um autor de enorme relevância para a Psicomotricidade, surgindo com o mesmo a ideia que a inteligência é a capacidade da criança se adaptar, tendo em conta as experiências e o meio envolvente, manifestando-se mesmo antes do aparecimento linguístico, pela manipulação dos objetos, (citado por Barreto e Falcão, 2009; Costa, 2008; Fonseca, 2010).

Guilmain (1901-1983) (citado por Barreto e Falcão, 2009; Costa, 2008) aplicou os fundamentos de Wallon e Dupré e sugere um método de Reeducação Psicomotora, tendo como base exercícios sensoriais, que promovem o desenvolvimento da atenção, controlo motor, o trabalho manual e da relação.

Schultz e Jacobson (citado por Barreto e Falcão, 2009; Costa, 2008; Fonseca, 2010) foram autores dos primeiros métodos de relaxação conhecidos, apesar de Ajuriaguerra também se dedicar posteriormente a essa área na continuação dos estudos de Wallon, onde acrescenta o conhecimento da importância das relações entre a Psicomotricidade, a inteligência e a afetividade, segundo os mesmos autores.

André Lapierre e Bernard Aucouturier propõem uma intervenção com base na espontaneidade da criança, através da procura da compreensão do funcionamento da criança, ou seja, há que procurar fornecer à criança as ferramentas necessárias ao seu desenvolvimento potencial e à sua inclusão escolar (citado por Barreto e Falcão, 2009; Costa, 2008; Fonseca, 2010).

Em 1995 o percurso da Psicomotricidade é marcado pela influência psicanalítica que provém da relação entre esta disciplina e a Psicomotricidade proposta em 1977 por Sami-Ali, onde o psicomotricista passa a utilizar termos como relação transferencial, imagem corporal e a exteriorização simbólica da pessoa, originando deste modo a Psicomotricidade Clínica (citado por Barreto e Falcão, 2009).

Relativamente a Portugal a Psicomotricidade surgiu com João dos Santos, sensivelmente em 1965, este referia a importância da triangulação corpo-espaco-conflito; defendia ainda que a atualização do conceito deveria estar associada à transdisciplinaridade, onde se utilizará informação antropológica, filogenética, ontogenética, paralinguística, cibernética e psiconeurológica (Branco, 2000). Pedro Onofre foi na última metade do século XX o ativador da Psicomotricidade no nosso país, defendendo sem exceção a criança e a necessidade de relação no processo de intervenção, (citado por Costa, 2008; Fonseca, 2010).

Atualmente há em Portugal vários autores promissores ao desenvolvimento desta área, Psicomotricidade, entre eles podemos referir o prof. Vítor da Fonseca, que se dedicou ao estudo das dimensões filogenéticas, sociogenéticas e ontogenéticas, tentando compreender as associações entre a motricidade e a organização cerebral e a aprendizagem, o prof. Pedro Onofre e o prof. João Costa, marco na Psicomotricidade Relacional no âmbito da saúde mental infantojuvenil; entre outros (Costa, 2008; Monteiro, 2015).

Enquanto disciplina a Psicomotricidade surgiu em Portugal nos anos 80, por intermédio da licenciatura em Educação Física na Faculdade de Motricidade Humana, com a especialização em Educação Especial e Reabilitação que continha algumas

bases da Psicomotricidade, mas foi apenas nos anos 90 que passou a haver uma licenciatura em “Reeducação Psicomotora e Terapia”, já diferenciada da Educação Física, sendo criada a primeira licenciatura em Reabilitação Psicomotora em 2002 apenas (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

3.1.2. Definições e Princípios

O conceito de Psicomotricidade não é fácil de definir, o facto de ser tão abrangente e de ter tantas perspetivas torna difícil reunir toda a informação existente, de todos os autores envolvidos nesta temática e definir de forma clara, concisa e, sobretudo, ao alcance de qualquer pessoa o termo em questão. Pedro Onofre parece ir ao encontro dessa mesma opinião, no entanto, afirma que de modo sintetizado todas as definições defendem que o Homem é “algo concreto e talvez inexplicavelmente uno”, acrescentando que a Psicomotricidade vem reafirmar a fusão corpo-espírito em que o movimento está ligado à ação e sempre sobre a influência do meio envolvente (Onofre, 2004).

A Psicomotricidade, para a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s.d.) define-se como “o campo transdisciplinar que estuda e investiga as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade”. Sendo que há uma visão holística de cada pessoa e se procura a promoção de todas as suas capacidades potenciais (cognitivas, socioeconómicas, simbólicas, psicolinguísticas e motoras) com o intuito de melhorar a interação desta no seu contexto psicossocial (Vilar, 2010).

Para João dos Santos a Intervenção Psicomotora faria todo o sentido uma vez que, como o próprio afirmou, “a vida psíquica é expressa em comportamento”, ou seja, os constituintes desta “vida psíquica” (emoções, impulsos, sentimentos e pensamentos) são expostos, de forma inconsciente e espontânea, através da motricidade da pessoa, dos seus movimentos (Branco, M.E., 2000).

Segundo Meur et al. (1984) a Intervenção Psicomotora possibilita a disponibilização de ferramentas que irão permitir à pessoa adaptar-se ao meio envolvente, de modo “harmonioso e flexível”; Oliveira (1997) vai de encontro a este ideal afirmando que a Psicomotricidade permite “auxiliar a criança a superar as suas dificuldades e a prevenir possíveis inadaptações” (citados por Xisto e Benetti, 2012).

Para Le Boulch (1992), a Intervenção Psicomotora contribui para o desenvolvimento global da criança no processo “ensino-aprendizagem”, oferecendo estratégias pedagógicas adaptadas a cada uma, de modo a enaltecer “aspectos físicos, mentais, afetivo-emocionais e socioculturais” (citado por Monteiro, 2015 e Xisto e Benetti, 2012).

Em 1993, Sami-Ali, conduz-nos à ideia de que qualquer perturbação ao nível psicomotor se deve ao conflito “corpo real-corpo imaginário”, a que denomina de “patologia da adaptação” (citado por Kupfer e Bernardino, 2009).

Ajuriaguerra afirma a Psicomotricidade como uma ciência da saúde e da educação, que “visa a representação e a expressão motora, através da utilização psíquica e mental do indivíduo” (citado por Lussac, 2008).

Fonseca e Martins (2001) apresentam a Psicomotricidade como uma visão holística, onde as características da personalidade, todas as alterações existentes e toda a motricidade da pessoa têm origem na história pessoal de cada um, nas experiências que vivenciou e representações.

A Psicomotricidade estuda o corpo em movimento, procurando interpretá-lo contabilizando as dimensões filogenéticas, ontogenéticas e sociogenéticas, intrínsecas e extrínsecas, que influenciam a pessoa durante esse período de tempo em que se deu a ação, segundo Almeida (2013).

Segundo Costa (2008), a Intervenção Psicomotora ajuda na diminuição da ansiedade, no aumento das competências sociais, emocionais, da concentração e autonomia, tendo ainda como benefícios o aumento da autoestima, da imagem de si, criatividade e da tolerância à frustração, por exemplo, sempre através do jogo lúdico e dos interesses da pessoa.

Deste modo, na Psicomotricidade, no meu ponto de vista, encontramos bases para se realizar uma Intervenção Psicomotora enquanto terapia de mediação corporal, que visa, através do jogo lúdico, desenvolver os potenciais de cada pessoa, sempre tendo em atenção as suas características e capacidades enquanto ser individual. Sendo que é através do trabalho corporal que o psicomotricista conseguirá desenvolver e trabalhar o nível psíquico, emocional e relacional da pessoa, por esse motivo é predominante uma boa relação terapêutica com a pessoa em questão.

A Psicomotricidade pode encontrar-se nas seguintes áreas:

- Área de Diagnóstico – Apesar de não ser da competência do psicomotricista a elaboração de um diagnóstico, este pode utilizar instrumentos de avaliação específicos que lhe permitam compreender a pessoa de forma global, procurando ainda pela observação psicomotora perceber o nível psicomotor do indivíduo, ou seja, o psicomotricista pela observação psicomotora e a utilização de instrumentos especializados consegue definir quais serão as suas áreas de intervenção, quais os seus objetivos terapêuticos e ao mesmo tempo confirma ou suscita a hipótese de um possível diagnóstico que foi ou que deve ser apurado por alguém especializado (psicólogo, médico, ...) (Adelantado, 2008).
- Área Preventiva – esta permite detetar precocemente e/ou prevenir possíveis complicações/distúrbios psicomotores, tendo em conta os riscos implícitos pelo meio externo e interno, nesta área procura-se estimular o potencial de aprendizagem, a autonomia e também o aumento da qualidade de vida dos idosos, por exemplo (Adelantado, 2008; Borges, 2015).
- Área Educativa – esta área tem em conta as aprendizagens escolares em que o papel do psicomotricista é de facilitador, servindo de suporte para o desenvolvimento e maturação psicomotora, afetiva e cognitiva da criança, sem pressionar a aprendizagem, mas dando ferramentas e adaptando-a às necessidades de cada criança; nesta área utiliza-se no âmbito pedagógico o movimento para prevenir o desenvolvimento atípico (Adelantado, 2008; Martins, 2015; Onofre, 2004).
- Área Reeducativa – em situações em que já existe dificuldades a nível do desenvolvimento e/ou aprendizagem; procurando assim melhorar condutas inadequadas ou desajustadas (Borges, 2015).
- Área Terapêutica/Clínica – nesta área o psicomotricista, tendo em conta as avaliações, a sua observação e o possível diagnóstico, irá elaborar um projeto terapêutico individual, que tem como objetivo desenvolver, atenuar ou eliminar as dificuldades psicomotoras da pessoa em causa, ou os distúrbios a nível emocional e/ou relacional (Adelantado, 2008).
- Área da Formação – esta é responsável pela procura de um maior conhecimento científico na área da sua prática profissional. Pode também estar relacionada com a transferência de conhecimentos sobre a área em questão, (podendo

ser professores, derivar das trocas de conhecimentos com outros profissionais de saúde, ou mesmo da disponibilização de informação com os familiares próximos da pessoa em intervenção) (Adelantado, 2008).

3.2. Psicomotricidade e Intervenção Precoce na Infância

Devido à Psicomotricidade se definir também numa vertente preventiva, a qual permite detetar precocemente e/ou prevenir possíveis complicações/distúrbios psicomotores (Adelantado, 2008; Borges, 2015) enquadra-se no trabalho desenvolvido pela IPI, a qual se apresenta como um serviço de resposta e/ou de prevenção a crianças, e respetivas famílias, em risco grave de atraso no desenvolvimento (Martins et al., 2018).

O serviço de IPI é composto por equipas transdisciplinares, com profissionais da área da saúde, educação e segurança social, cujo objetivo é potencializar o desenvolvimento pessoal, as competências familiares e a inclusão na sociedade (EADSNE, 2011). A Terapia Psicomotora presta então o seu contributo ao ajudar na diminuição da ansiedade, no aumento das competências sociais, emocionais, da concentração e autonomia, tendo ainda como benefícios o aumento da autoestima, da imagem de si, criatividade e tolerância à frustração, através do jogo lúdico e dos interesses da criança (Costa, 2008).

4. Perturbações do Neurodesenvolvimento

Ao longo deste tópico irão ser abordadas algumas perturbações do desenvolvimento, mais concretamente as correspondentes aos casos apoiados no decorrer deste estágio. Ter-se-á um subcapítulo para PEA, onde é realizada uma revisão bibliográfica mais completa, uma vez que será sobre a mesma que falar-se-á aquando a exposição do estudo de caso elegido.

Segundo o DSM-5 as perturbações do neurodesenvolvimento têm início precocemente e acarretam consequências a nível pessoal, social e académico, dentro de um enorme espectro de limitações, sendo comum a coexistência de perturbações.

Dentro das perturbações do neurodesenvolvimento podemos encontrar a PEA, a PHDA, Atraso Global do Desenvolvimento (AGD), Dificuldade Intelectual e

Desenvolvimental (DID), entre muitas outras (DSM-5). Será abordado ainda a Paralisia Cerebral (PC) e a Prematuridade.

O AGD é diagnosticado em crianças até aos 5 anos de idade e manifesta-se pelas diversas dificuldades em atingir os marcos de desenvolvimento padrão (American Psychiatric Association (APA) (2013). Este compreende deficits em dois ou mais dos domínios desenvolvimentais, como praxia fina e ou global, linguagem, cognição, domínio social e/ou pessoal e atividades de vida diária (Shevell et al., 2003). Esses deficits são comprovados através da comparação com as habilidades demonstradas pelos pares da mesma idade cronológica, com documentos que referenciam a norma e por profissionais especializados (Moeschler e Shevell, 2014). Os AGD podem surgir devido a uma privação de estimulação dos bebés e crianças, bem como a PC ou alguns distúrbios neuromusculares (Shevell, et al., 2003). Acredita-se que crianças com AGD possam vir a ser diagnosticadas posteriormente com dificuldades intelectuais, contudo, atrasos no desenvolvimento cuja severidade é mínima, podem ser transitórios e mostram menos expressão no que toca ao posterior diagnóstico de dificuldades intelectuais (Moeschler e Shevell, 2014).

Na DID encontram-se diminuídas as capacidades intelectuais a nível global (raciocínio, resolução de problemas, aprendizagem, planeamento, pensamento abstrato, entre outros), que condicionam a participação social e adaptação, bem como a independência da pessoa no seu quotidiano, tendo implicações profissionais ou académicas pessoais e sociais, bem como a nível da comunicação; com base nas capacidades adaptativas definem-se os apoios necessários para cada pessoa, apesar da gravidade variar entre leve, moderada, grave e profunda, consoante as limitações nos domínios conceitual, social e prático (APA, 2013). Sendo que por norma surge antes dos dezoito anos de idade segundo AAIDD (2019). A DID pode ter como comorbilidades problemas de epilepsia, sensoriais, no desenvolvimento, a nível motor ou comportamentais (Simpson, Mizen e Cooper, 2016).

A PHDA tem grande incidência na infância, maioritariamente no sexo masculino, e pode ser caracterizada principalmente por desatenção, falha na capacidade de concentração, que é persistente, perturbação no controlo dos impulsos, dificuldades no comportamento social e/ou inquietação motora o que terá consequências negativas na vida da pessoa, nas suas interações sociais e no seu rendimento escolar, no caso das crianças (APA, 2013; Binder e Michaelis, 2006; Costa, 2008; Monteiro, 2015; Rohde, Filho, Benetti, Gallois e Kieling, 2004).

A PC é uma perturbação neurodesenvolvimental com início pré ou pós-natal, segundo Bax, et al. (2005). Apesar de não ser progressiva não tem cura (Bax, et al., 2005; Ramírez e Cruz, 2017; Deep e Jaswal, 2017). Esta deriva de uma lesão no cérebro que ocorre aquando do seu desenvolvimento e é caracterizada essencialmente por alterações a nível da postura, movimento e coordenação (Castro, 2018). Por norma, tem como comorbilidades limitações a nível da comunicação, capacidade sensitiva, bem como alterações no comportamento ou convulsões (Bax, et al., 2005; Deep e Jaswal, 2017). Também problemas cognitivos são normalmente encontrados (Deep e Jaswal, 2017).

Relativamente à prematuridade esta acontece quando o nascimento se dá antes das 37 semanas de gestação (Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro [XXS Prematutros], 2014; Machado Passini e Machado, 2014; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2019). Segundo a XXS Prematuros (s.d.), podem se classificar a prematuridade por “Pré-Termo Limiar: Aquele que nasce entre as 33 e as 36 semanas de idade gestacional e/ou tem um peso à nascença entre 1500g e 2500g; Prematuro Moderado: Aquele que nasce entre as 28 e as 32 semanas de idade gestacional e/ou tem um peso à nascença entre 1000g e 2500g; e Prematuro Extremo: Aquele que nasce antes de ter completado as 28 semanas de idade gestacional e/ou pesa menos de 1000g. Como consequência desta maior imaturidade, é classificado como grande prematuro e apresenta problemas mais frequentes e mais graves.” Segundo a mesma fonte, estas crianças ainda não têm os seus órgãos e sistemas (e.g. respiratório) completamente desenvolvidos e enfrentam conseqüentemente maiores riscos de saúde. Apesar de as crianças que nascem com 32 ou menos semanas serem as mais vulneráveis, todos os prematuros têm maior risco de mortalidade e de surgimento de perturbações no desenvolvimento nos primeiros tempos de vida do que os bebés a termo (Machado Passini e Machado, 2014). A OMS (s.d.) esclarece que os fatores de risco principais da prematuridade estão relacionados com gravidezes múltiplas, infeções e doenças crónicas, podendo ter também uma causa genética.

4.1 Perturbação do Espectro do Autismo

A PEA está inserida nas perturbações do neurodesenvolvimento, sendo a sua manifestação precoce, começando a ser identificada a partir dos 18 meses (APA, 2013; Oviedo, Manuel-Apolinar, Chesnaye e Guerra-Araiza, 2015; Ferreira e Oliveira, 2016),

tendo consequências significativas em diferentes contextos da vida da pessoa, como a nível pessoal, social, académico e nas suas tarefas de vida diárias (APA, 2013). Na mesma linha de pensamento e corroborado por Hadjkacem et al. (2016), entre outros, é nos apresentado que a PEA é muito mais recorrente no género masculino.

Segundo Bonis e Sawin (2016) e Rogers, Dawson e Vismara (2015), os pais de crianças com PEA devem-se munir de habilidades para otimizar a gestão do stress/ansiedade e adquirir capacidades de resolução de problemas; devendo recorrer a apoios sociais para promoverem o seu bem-estar (rede social de apoio, forte).

4.1.1 Características da PEA

Esta perturbação é caracterizada por dificuldades perseverantes na comunicação e nas competências sociais, juntamente com a manifestação de comportamentos, interesses/atividades restritos e repetitivos (APA, 2013; Oviedo et al., 2015; Ferreira e Oliveira, 2016), sendo que estão neste diagnóstico englobadas as patologias autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação, perturbação desintegrativa da infância e síndrome de Asperger (APA, 2013).

Os bebés com PEA tendem a não apresentar capacidade de aceder ao simbólico no jogo, a ter baixo contacto visual e/ou físico e ainda falta de vocalizações e/ou reconhecimento da voz materna; também um atraso na linguagem é possível de ser observado nestas crianças ou mesmo regressão na mesma (Filipe, 2012). A APA (2013) acrescenta ainda características como dificuldades em apontar, seguir alguém com o olhar ou a partilha de objetos/interesses com o outro; esta falta de habilidade no jogo social e também criativa irá estar posteriormente relacionada com a ausência de regras no jogo.

Segundo Rogers (2009) existe um desaceleramento acentuado a nível do desenvolvimento e do quociente de inteligência (QI) ao longo do primeiro ano de vida da criança, sendo que o início e padrão são variáveis em diferentes fatores. Filipe (2012) e APA (2013), indicam que é na primeira infância que se tornam mais evidentes os traços de autismo, devido a falhas nas interações sociais, falhas no interesse no outro; havendo ausência de imitação, problemas na comunicação ou na expressão dos afetos e podendo ainda existir regressão no desenvolvimento.

É nas primeiras idades que se evidencia as preferências por criar rotinas, havendo dificuldade na aceitação de mudanças; os interesses restritos e ainda dificuldades na coordenação com posturas muito próprias (Filipe, 2012). A APA (2013) acrescenta a presença de perturbações motoras (e.g. marcha atípica, nas pontas dos pés), autolesão e comportamentos disruptivos/desafiadores, como comuns na PEA. Rogers (2009) defende que já aos 6 meses estas crianças podem manifestar alguns indicadores bastante subtis associados a esta perturbação, os comportamentos sensoriais repetitivos, sendo que aqui as competências sociais podem ainda não se encontrar alteradas. Este autor, afirma que os sintomas a nível dos comportamentos repetitivos, défice de atenção conjunta e atraso na linguagem, que se observam por volta dos 12 meses, podem não ser os primeiros a surgir, mais sim características como a irritabilidade, reatividade sensorial, a motricidade global pobre e o nível de atividade.

4.1.2 Causas da PEA

A PEA pode estar associada a causas genéticas, não-genéticas e ambientais e ter como comorbilidade défice cognitivo, de maior ou menor grau (Oviedo, et al. 2015), e pode estar ainda associada a problemas de epilepsia, cardíacos, entre outros. Para Rogers et al. (2015), a PEA é o resultado da combinação da genética com fatores ambientais.

Apesar de não existir ainda uma causa identificada para esta perturbação, parecem existir genes “candidatos”, que aparentam estar relacionados com as disfunções neuronais presentes nas pessoas com PEA (Voineagu et al., 2011). Num estudo com irmãos, Rogers (2009), dilui a culpa do ambiente na PEA, referindo que é possível que esta esteja mais relacionada com elementos biológicos do que se esperaria. Filipe (2012) menciona também no seu livro o estudo de Susan Folstein e Michel Rutter, com gémeos verdadeiros e falsos, havendo no primeiro caso maior probabilidade de ambos manifestarem autismo, o que irá assim de encontro à ideia anterior, onde existem os genes suscetíveis para a manifestação do autismo. Voineagu et al. (2011), revelam ainda que o córtex frontal e temporal tem um menor funcionamento nas pessoas com PEA, relativamente aos seus pares. Também se aponta para a ocorrência de alterações a nível da substância branca e na comunicação cerebelo-neocórtex (Filipe, 2012).

Num estudo com irmãos, composto por 50 crianças com PEA e 51 irmãos, realizado por Hadjkacem, et al. (2016), apontou-se para fatores de risco como infeções

urinárias pré-natais, stress fetal agudo, complicações no parto e a infeção respiratória, pós-natal. Masarwa et al. (2018), revelam que existe um pequeno aumento do risco de desenvolvimento de PEA e PHDA aquando a exposição a paracetamol durante a gravidez. Rogers et al. (2015), além de fatores como infeções maternas (e.g. gripe) e complicações no parto, acrescentam a idade parental e a prematuridade e/ou baixo peso à nascença.

Em 2016, Tager-Flusberg, agrupou os fatores de risco na PEA em 4 grupos: - Histórico-demográfico; - Comportamental; - Neurológico e; - Ambiental; estando estes relacionados, respetivamente, com fatores como a história familiar, aspetos motores, lateralização da linguagem verbal e as interações com os cuidadores.

4.1.3 Teorias Explicativas na PEA

Parece não existir uma teoria que melhor explique as alterações existentes nas pessoas com PEA, existindo várias, tendo cada uma a sua importância para esta discussão. Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985) apresentaram a “Teoria da Mente”, na qual tentam explicar as dificuldades interpessoais, característica das pessoas com autismo; esta teoria menciona que inato a cada pessoa existe a capacidade interpretativa dos estados mentais, tanto em si como no outro; assim na ausência desta capacidade na PEA estaremos perante a ausência de empatia também (Baron-Cohen, 2001). Também os neurónios-espelho parecem ter algum poder explicativo nas dificuldades na interação social presentes na PEA, ou até mesmo na comunicação, ao que os autores desta teoria apontam para possíveis défices nas ações percetiva de imitação (do outro) (Hamilton, Brindley e Frith, 2007). Sendo que as limitações na imitação remetem para dificuldades na empatia, na linguagem, comunicação não-verbal, conhecimento do mundo circundante e nas regras sociais (Rogers et al., 2015).

Contudo, esta teoria parece também não ter sustentabilidade para servir de padrão (Hamilton, 2013). Para Rogers et al. (2015), as alterações nos neurónios-espelho podem ser ultrapassadas através da experiência/estimulação adequadas.

A Teoria da Diátese Afetiva, defende que ocorre uma inabilidade de interligar os afetos ou intenções ao planeamento motor e à simbolização, o que resulta em limitações empáticas, consequentemente nas capacidades interpessoais e ainda na aptidão de reciprocidade afetiva; vão existir também défices no pensamento abstrato e na

linguagem funcional; também a autorregulação poderá estar assim afetada, nestas pessoas (Greenspan, 2001).

Happé e Frith (2006) mencionam a Teoria da Coerência Central, na tentativa de explicar a tendência para dar atenção aos pormenores em detrimento do global, comum na PEA, justificando com a presença de falhas no processamento da informação; ou seja, estas pessoas tendem a ver o mundo de forma fragmentada. No entanto, para explicar défices no planeamento e execução encontra-se a Teoria das Funções Executivas, de Ozonoff, Pennington e Rogers (1991), que afirma dever-se a dificuldades no córtex pré-frontal. Han et al. (2017) afirmam existir um padrão anormal de conectividade e organização funcional da rede cerebral; sugerem ainda que existe um desequilíbrio entre a integração e a segregação de informação nos períodos iniciais de desenvolvimento, mencionando assim que as propriedades da rede cerebral podem se constatar como potenciais indicadores no diagnóstico precoce da PEA.

Oviedo et al., (2015) referem que técnicas de neuroimagem vieram demonstrar várias alterações estruturais do cérebro de pessoas com PEA; também se observa mudanças a nível da serotonina (em comum aos seus familiares próximos, segundo Rogers e Dawson, 2014), do Sistema gabaérgico, catecolaminérgico e colinérgico. Estes autores referem ainda a possibilidade de haver alterações genéticas responsáveis pela heterogeneidade observada na PEA, em que durante a divisão celular, o código genético é passível de sofrer alterações cromossómicas.

4.1.4 Diagnóstico na PEA

Relativamente ao diagnóstico desta perturbação, não existe uma regra para a idade de identificação da PEA, no entanto é, por norma, entre os 12 meses e sensivelmente até aos 24 meses que se detetam as manifestações da perturbação; poderá ser mais precoce caso existam défices graves no desenvolvimento ou pelo contrário, após os 2 anos, em casos mais ténues (APA, 2013). Segundo os mesmos autores, estas manifestações são relatadas por atraso no desenvolvimento ou de alguma perda a nível linguístico ou social. O diagnóstico da PEA deve ser realizado com base no apoio necessário para cada pessoa, sendo que a gravidade poderá ser alterável no tempo e consoante o contexto em que a pessoa está inserida (APA, 2013). A mesma linha de pensamento afirma que o diagnóstico tem ainda de ter em consideração a existência ou

não de coexistir comprometimento intelectual, o mesmo que se verifica na linguagem, sendo avaliada a linguagem verbal e não-verbal.

Para Rogers e Dawson (2014) deve avaliar-se o mais cedo possível na PEA pois é durante a primeira infância que existe maior plasticidade cerebral, sendo essa a janela de oportunidade para desenvolver o potencial das crianças.

Para avaliação da PEA existem vários instrumentos de avaliação para diagnóstico, podendo este ser realizada por intermédio de uma checklist (e.g. Autism Behavior Checklist – ABC de Krug et al. (1980), Checklist for Autism in Toddlers - CHAT de Baron-Cohen, Allen & Gillberg, (1992), ou Childhood Autism Rating Scale - CARS de Schopler et al. (1980)); por entrevista (e.g. Autism Diagnostic Interview – ADI de Le Couter et al. (1989), ou Autism Diagnostic Interview – Revised – ADI-R de Lord, Rutter & Le Couter (1994)); ou ainda por meio de observação direta (e.g. Autism Diagnostic Observation Schedule - ADOS de Lord et al. (1989)) (Worley & Matson, 2011).

Yang, Paynter e Gilmore (2016) realçam a importância de avaliar também o comportamento adaptativo nas pessoas com PEA, referindo que o diagnóstico não pressupõe dificuldades no mesmo uma vez que nem sempre os resultados relativos às competências cognitivas estão diretamente relacionados com o desempenho nessa área, sugerindo assim a Vineland Adaptive Behavior Scales.

4.1.5 Progressão da PEA

Segundo Kruck, Séjourné, Rogé e Courty (2017) as características da PEA parecem acentuar-se ao longo da vida, o que torna a adaptação ao nível de interações sociais limitada. Corroborando, Filipe (2012), acrescenta que o sentimento de inadaptação à sociedade, em que não existe compreensão do humor/ironia, interesses ou regras, por exemplo, em conjunto com as peculiaridades destas pessoas, poderá resultar ainda em situações de bullying. Aparentemente no adulto esta patologia não parece ter tanto impacto na sua vida, uma vez que as relações nesta fase tendem a ser mais limitadas (Filipe, 2012). Contudo, sempre que algo se altera na rotina, vai gerar bastante ansiedade, sendo que poderá existir ainda nestas pessoas sensibilidade sensorial (APA, 2013). Estes autores mencionam ainda o aumento da probabilidade de depressão e possíveis episódios de catatonia.

Van Heijst e Geurts (2015) alertam também para o facto de a qualidade de vida ser sempre inferior, independentemente da idade, nas pessoas com autismo comparativamente aos seus pares. Pode dever-se ao facto de a independência ser um fator difícil de alcançar na PEA (APA, 2013). Segundo a mesma linha de pensamento, alguns dos comportamentos repetitivos/rotinas na PEA poderão existir devido a uma hiper ou hiporreatividade aos estímulos sensoriais (a nível auditivo, táctil, olfativo, visual ou gustativo) que se manifestam por refutações extremas aos mesmos.

Nesta perturbação, o facto de poder estar presente como comorbilidade uma deficiência intelectual e/ou um comprometimento na linguagem irá influenciar o curso da perturbação, sendo que a existência de uma linguagem funcional, aos cinco anos, é um bom preditor, por exemplo (APA, 2013).

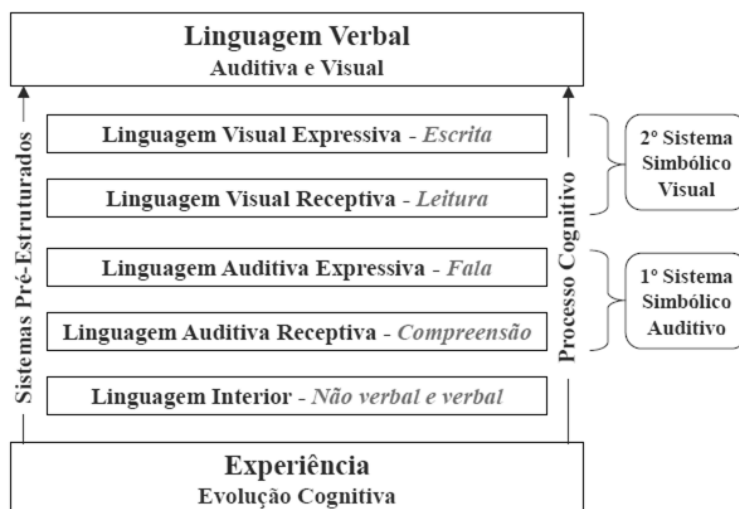
Também o nível de QI poderá ser um bom indicador de prognóstico, no caso de ser mais elevado (Vital, 2013). A epilepsia poderá ser também uma condicionante na PEA; tal como no contexto em que a pessoa se encontra, que poderá servir como agente protetor ou de risco; além disso são ainda tidos em conta fatores genéticos e fisiológicos (APA, 2013).

Há que ter, no entanto, em consideração que cada caso é um caso, embora os sintomas possam ser os mesmos, o que justifica a necessidade de definir planos individualizados com estratégias específicas para cada indivíduo; havendo ainda necessidade de se irem ajustando no decorrer do tempo, dependendo do desenvolvimento e das manifestações cognitivas e comportamentais (incluindo a capacidade de comunicação e de interação social) presenciadas, pois estratégias que funcionaram na infância poderão não resultar na adolescência, por exemplo (Vital, 2013). Rogers (2009) acrescenta que é o padrão de sintomas que define a gravidade da PEA, alertando para a importância de um diagnóstico o mais cedo possível, para tentar atenuar este padrão; afirma assim, a importância dos avanços tecnológicos que permitem avaliar já desde cedo a duração do contacto ocular das crianças.

4.1.6 PEA vs Linguagem e Comunicação

Segundo Fonseca (1984, 1986, 1999) e Kirk, Gallagher e Anastasiow (1999) (citado por Cruz, 2014) existe uma hierarquia para a aquisição da linguagem, que vai desde a experiência à linguagem verbal, passando por quatro níveis:

Figura 4 - Hierarquia da Linguagem (Retirado de PPW da aula do prof. Vitor Cruz, 2017)



Para Tsang, Atagi e Johnson (2018) as crianças desenvolvem a linguagem expressiva de forma mais ativa entre os 6 e os 12 meses através da observação das pistas faciais/boca do adulto. Assim, dificuldades na relação ou desinteresse, condicionaram o seu desenvolvimento. Friedmann e Rusou (2015) afirmam que o período crítico para a aquisição sintática da primeira língua é durante o primeiro ano de vida, posteriormente a esse tempo existe grande probabilidade de dificuldades graves nessa área.

A reciprocidade nas influências pais-filhos parece estar associada à linguagem, onde é de primordial importância a capacidade de os pais adequarem a sua linguagem à criança em questão (Fusaroli, Weed, Fein e Naigles, 2019). As crianças com PEA têm mais dificuldades de linguagem receptiva (Özyurt, Eliküçük, 2018). Sustentando esta ideia, um estudo com 104 bebês, verificou que os bebês que tinham alto risco de desenvolver PEA, apesar de olharem para o rosto humano, o tempo dedicado a isso era bastante menor ao dos seus pares, sendo que as crianças que vieram a ser diagnosticadas com a perturbação eram as que tinham registado o menor período de tempo de todo o grupo (Geddes, 2015).

Rogers e Dawson (2014), afirmam que as dificuldades na linguagem podem ser reflexo das limitações na capacidade atencional, podendo estar associadas a alterações na amígdala.

Hannant (2018) acrescenta que o conhecimento de línguas e das palavras, e a percepção visual encontram-se na mesma área cerebral, no entanto, o mapeamento do significado das palavras parece estar alterado na PEA; parecendo nesta perturbação haver menor aptidão para a linguagem receptiva; assim, como as crianças com PEA manifestam valores abaixo dos seus pares na linguagem, percepção visual e coordenação motora, e ao que parece, ao contrário do que é esperado, a sua percepção visual não está relacionada com a linguagem receptiva, mas sim com o equilíbrio, de forma significativa, que também parece estar interligado com a percepção visual, então, segundo este autor, tendo a criança dificuldades no processamento visual as dificuldades na linguagem podem ser explicadas por esta passar a depender mais dos restantes sentidos, devendo ser assim, através destas experiências sensoriomotoras, que se promove o desenvolvimento da linguagem.

- Bilinguismo

Também a criança com PEA, como qualquer outra, pode ser submetida a um contexto de bilinguismo, o que terá inevitavelmente repercussões. Hambly e Fombonne (2014) colocam a hipótese de através do bilinguismo a comunicação possa melhorar, bem como as habilidades sociais, em crianças com PEA; mencionando um efeito muito positivo a nível do bem-estar emocional. De acordo Tseng e Fuligni (2000), em famílias cujos filhos não sofrem de PEA, os pais mais facilmente se relacionam e potenciam as interações com a criança se partilharem o mesmo idioma. Kremer-Sadlik (2005) posteriormente confirmou que este tipo de situação se verifica nas famílias com crianças com PEA. Também Lund, Kohlmeier e Durán (2017) afirmam não existir desvantagens linguísticas ao educar crianças com PEA num ambiente bilingue, contudo, devem surgir mais estudos para se poder afirmar concretamente o acima referido.

Contudo, parece não existir evidências das consequências, ou não, da utilização de um ambiente bilingue nas crianças com PEA, assim, cabe ao profissional equacionar todos os fatores do contexto, como a capacidade dos pais para falar a língua maioritária ou os interesses, no momento de ajuda à decisão na adoção, ou não, de um ambiente bilingue (Lim, O'Reilly, Sigafos e Lancioni, 2018).

Não foi encontrado nenhum estudo que remeta para a investigação de benefícios ou não da imigração da criança com PEA, não-verbal, em idade pré-escolar.

4.1.7 “Tratamento” da PEA

Os tratamentos podem ser distinguidos entre farmacológicos, dietas e psicopedagógicos, sendo os tratamentos farmacológicos, bem como as dietas, direcionados para a sintomatologia, uma vez que não existe uma medicação que atue sobre o autismo em si (Oviedo et al., 2015).

- Tratamento psicopedagógico

O tratamento psicopedagógico segundo Oviedo et al. (2015):

A terapia psicopedagógica desempenha um papel central no apoio a indivíduos com PEA, na qual a intervenção precoce, intensiva e multidisciplinar se define como imprescindível. Esta intervenção multidisciplinar caracteriza-se por terapia da fala, estimulação sensorial (auditiva, visual e cinestésica), atividades de socialização, terapia recreativa, entre outras. Os programas educacionais e comportamentais têm por base a aquisição de competências sociais, capacidade de expressão linguística, aquisição de cuidados de higiene e ainda capacidades motoras. As intervenções neste tipo de patologia são baseadas nas necessidades de cada criança, sendo impossível generalizar, pois cada caso possui características específicas. A terapia a aplicar terá em conta a idade da criança, o seu estado geral de saúde, o grau e sintomas da PEA na criança, a tolerância a medicamentos e terapias, expectativas para o desenvolvimento da perturbação, a opinião/preferência dos pais.

Weitlauf, Sathe, McPheeters e Warren (2017) acrescentam que intervenções baseadas em atividades de integração sensorial desenvolvem as habilidades sensoriais e motoras.

Uma vez que as dificuldades na linguagem podem estar relacionadas à genética, ao mapeamento cerebral, ao comportamento e o ambiente, é importante uma intervenção comportamental precoce (Tager-Flusberg, 2016).

Na PEA parece acertado, ainda, ter em conta um ambiente estruturado, de forma equilibrada, com a existência de rotinas, uma vez que estas podem diminuir a ansiedade e comportamentos desadaptados, dado que transmitem previsibilidade e consistência (Henderson, Barry, Bader e Jordan, 2011; Stoppelbein, Biasini, Pennick e Greening, 2016; McAuliffe, Thomas, Vaz, Falkmer e Cordier, 2018; National Autistic Society, 2018).

- Utilização de dietas na PEA

Após a revisão efetuada sobre o recurso a dietas no tratamento sintomático da PEA, podem ser identificadas duas principais dietas.

A dieta cetogénica, que tem sido vastamente utilizada para tratamento de epilepsia, que é uma das comorbilidades da PEA (Martin, Jackson, Levy e Cooper, 2016). Esta consiste no consumo de uma quantidade elevada de gorduras, proteína a níveis que promovam o crescimento e uma baixa ingestão de hidratos de carbono (Kossoff, Zupec-Kania e Rho, 2009). A dieta cetogénica obriga o organismo a usar a oxidação de produtos provenientes de ácidos gordos em vez de glucose, a qual fornece, ao cérebro e ao Sistema Nervoso Central (SNC), a fonte principal de energia (Vidali, Aminzadeh e Lambert, 2015).

E a dieta sem-glúten e sem caseína, cujo nome refere para o funcionamento da mesma, no qual é removido o consumo de glúten e caseína, é apoiada de acordo com várias teorias que afirmam que os constituintes anteriormente referidos desempenham um papel patológico em indivíduos com PEA, nos quais estes incorporam a corrente sanguínea devido a uma disfunção na forma como são absorvidos os micronutrientes pelo intestino e atingem o SNC, ligando-se aos neuroreceptores opioides, desestabilizando a atividade cerebral normal com níveis de intensidade superiores e também causando perturbações noutros sistemas neuronais que despoletam a sintomática presente nos casos de PEA. (Whiteley, Rodgers, Savery e Shattock, 1999; Pennesi e Klein, 2012).

Contudo, ainda não existem suficientes evidencias científicas sobre a eficácia após adoção destes tipos de dietas no tratamento de indivíduos com PEA (Napoli, Dueñas e Giulivi, 2014; Bostock, Kirkby, e Taylor, 2017; Tas, 2018).

- Utilização de fármacos na PEA

McPheeters et al. (2011), afirmam que os tratamentos medicamentosos são utilizados na PEA primariamente para diminuir as comorbilidades adjacentes.

Um estudo de Murray, Hsia, Glaser, Simonoff, Murphy, Asherson, ..., e Wong (2014), concluiu que os fármacos mais prescritos estão relacionados com perturbações no sono; psicoestimulantes e antipsicóticos (por essa ordem).

A medicação antipsicótica, como a risperidona ou o aripiprazole, atua principalmente nos sistemas de dopamina e serotonina, a fim de diminuir os comportamentos de desafio como a irritabilidade, agressão e a autoagressão (McPheeters et al., 2011; LeClerc e Easley, 2015). Enquanto que outros fármacos inibidores de serotonina, como a fluoxetina e o citalopram, que normalmente têm o seu uso mais generalizado noutros transtornos psíquicos como a depressão, ansiedade e perturbação obsessiva-compulsiva, estão a ser estudados com o potencial de atenuar comportamentos repetitivos e problemáticos (McPheeters et al., 2011). LeClerc e Easley (2015) referem também a clozapina, utilizada na redução de comportamentos disruptivos e o haloperidol, indicado para a agitação, como fármacos recorrentes na PEA.

Contudo, de entre os tratamentos farmacológicos enumerados acima, a risperidona e o aripiprazole parecem ser os mais utilizados na PEA, mas é de notar que a sua utilização deve ser ponderada pois contêm ambos riscos para a saúde (como acontece com todos os outros), tais como, mudanças hormonais, ganho de peso, sonolência e mudanças nas estruturas extrapiramidais (McPheeters et al., 2011; LeClerc e Easley, 2015; Guastella e Hickie, 2016).

PEA vs Intervenção Psicomotora vs Intervenção Precoce na Infância

As dificuldades a nível da comunicação parecem surgir antes da fala, sendo que a capacidade de aprender sons e reproduzi-los vai diminuindo ao longo do tempo; esta competência parece estar relacionada com as competências de atenção, por norma afetadas na PEA, sendo um desafio para a IPI potenciar aprendizagens, pela estimulação desta atenção (por norma estas crianças despendem maior atenção a objetos do que às pessoas), da motivação, imitação e recurso aos gestos, além de trabalhar o brincar e o sensorial, e conseqüentemente a comunicação (Rogers et al., 2015).

A Psicomotricidade consistindo numa terapia de mediação corporal, que visa, através do jogo lúdico, desenvolver os potenciais de cada pessoa, sempre tendo em atenção às suas características e capacidades enquanto ser individual, possibilita, através do trabalho corporal desenvolver e trabalhar o nível psíquico, emocional e relacional da pessoa, por esse motivo é predominante uma boa relação terapêutica com a pessoa em questão.

Na PEA a Psicomotricidade poderá ter benefícios a nível da comunicação, comportamento, das competências sociais e capacidades cognitivas e emocionais (Latour, 2008). Vidigal e Guapo (1997) mencionam que esta terapia poderá ser benéfica para a PEA no que diz respeito à coordenação motora, integração da imagem corporal fragmentada, atenuação das estereotipias e conseqüente integração dos gestos sem significado.

Rogers et al. (2015), afirmam que a qualidade da intervenção na PEA depende de um início tão breve quanto possível; de ser específico à criança e realizado em equipa, por profissionais, de forma interdisciplinar; com atualização contínua e ajuste do programa de intervenção, tendo em conta os progressos individuais; contar com a cooperação dos pais em todo o processo (objetivos, prioridades e fazer parte da intervenção sendo-lhes passadas estratégias; garantindo assim, uma intervenção de 25 horas semanais.

Relativamente à linguagem, segundo Rogers et al. (2015), a maioria das crianças com PEA, apesar de poderem apresentar uma dificuldade específica na linguagem, aprendem a falar, desde que tenha acesso às oportunidades e ajudas adequadas.

Assim, é possível afirmar-se a relevância de uma intervenção precoce na PEA, com mais-valias sustentadas, no que diz respeito à intervenção psicomotora.

II Realização da Prática Profissional

Descrição e organização por diferentes etapas do estágio

O estágio teve a duração de 8 meses, de outubro de 2017 a junho de 2018 e estruturou-se em três fases. A de observação, a de intervenção conjunta e a de intervenção autónoma.

Na fase de observação, entre a primeira e a segunda semana de estágio, foram apresentados e experienciados diversos momentos existentes para a equipa de IPI, como reuniões com pais e/ou com educadoras e triagens. Foi também possível conhecer o trabalho dos diferentes elementos da equipa fixa, acompanhando-os em algumas das suas tarefas ou vivenciando atividades dinamizadas pelos mesmos junto da comunidade, como foi o caso do “Espaço aqui brincamos todos” promovido pela Técnica de Política Social na Biblioteca de Sesimbra, espaço esse de interesse e utilidade incontestável, uma vez que se trata de um grupo de apoio para a família com atividades em grupo, para crianças que ainda não se encontram em contexto pré-escolar, onde tanto estas como as suas famílias aprendem em conjunto com outras crianças e famílias de forma lúdica e holística. Nesta primeira fase foi ainda apresentado um conjunto de documentos e livros importantes para a prática em intervenção precoce, com o intuito de serem consultados e esclarecidas possíveis questões que daí surgissem, antecedendo as intervenções.

Numa fase intermédia, foram agendadas as reuniões com os educandos e professores dos casos estipulados para intervenção no contexto do estágio (iniciais, foram acrescentados alguns casos posteriormente). Nessas reuniões, em que fora sempre acompanhada por um elemento fixo da equipa, e transitório/de referência para a família e para a escola, foi sempre feito um ponto da situação, apuradas necessidades atuais, definidas metas e passadas algumas estratégias aos contextos, onde era devidamente registada a informação necessária a atualizar no PIIP de cada criança. Aqui acordou-se que iria observar a dinâmica, em sala, das crianças, quais as rotinas, as relações entre outros, nos casos de intervenção em contexto escolar. Já nos casos de sessões em contexto familiar, dependendo dos casos, a(s) primeira(s) sessão(ões) foram partilhadas com a orientadora de estágio, passando a mesma, estratégias úteis para a família e para mim, que foram bastante importantes. Sendo que em qualquer dos casos, foram sempre discutidas e passadas estratégias durante o estágio em contexto de reunião de equipa ou de forma mais informal, contando com o apoio não só da minha

orientadora local como de toda a equipa, sendo essa a dinâmica utilizada na fase de intervenção autónoma. Na última fase, além do apoio da ELI, também fizeram parte da equipa de intervenção, como expectável, as famílias e, do contexto escolar, as educadoras.

Cronologicamente o decorrer do estágio deu-se da seguinte forma:

Tabela 2 - Cronograma das atividades de estágio

	out	nov	dez	jan	fev	mar	mai	jun
Integração e observação								
Intervenção conjunta								
Avaliação Informal (GOP)								
Intervenção Psicomotora (Intervenção autónoma)								
Avaliação Final								

Relativamente à intervenção com bebés, onde efetivamente sentira existir uma maior lacuna no que fora lecionado a nível académico, as sessões foram na sua maioria em intervenção conjunta/partilhada com a orientadora local, de forma inacreditavelmente enriquecedora, onde adquiri as competências necessárias a uma intervenção autónoma confortável e competente.

A avaliação informal, por intermédio da Grelha de Observação Psicomotora (GOP), apenas se iniciou em novembro e em algumas crianças em dezembro, com o intuito de criar uma relação terapêutica e empática inicial, diminuindo o risco de influência negativa. Não se recorreu a nenhuma avaliação formal, uma vez que as crianças chegam para intervenção pela triagem da equipa, que aplica caso seja necessário, a avaliação de desenvolvimento WPPSI, com datas de reavaliação definidas. Além disso, os objetivos pedagógico-terapêuticos em IPI, base, são definidos pela família e pela escola, de acordo com as suas expectativas e principais preocupações/prioridades.

Calendarização das atividades/horário de estágio

Após a distribuição de casos, e apurados os contextos de intervenção (Tabela 3) construiu-se o horário de estágio, que foi sendo desenvolvido e aumentado ao longo do tempo até à versão final (Tabela 4).

Tabela 3- Casos apoiados e contextos de intervenção

Criança	Idade	Diagnóstico/Indicadores	Contexto	Observações
LP – masculino	5	Traços de PEA	Com a família (UIAI)	
MB – feminino	6	PEA	Com a família (UIAI)	Frequentou o Projeto YA
MA – masculino	5	Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor	Escolar	
SJ – masculino	5	Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor	Escolar	
TH – feminino	7	Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor e Déficit cognitivo	Escolar	
HF – masculino	5	Agitação Motora, Impulsividade e Motricidade Fina/Grafomotricidade	Escolar e com a família (USF)	Frequentou o Projeto YA

DF – masculino	4	Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor	Escolar	Frequentou o Projeto YA
DS – masculino	3	Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor e Défice cognitivo	Com a família (UIAI)	
RT – masculino	6	PEA	Escolar	
MX – feminino	3	Características de PHDA	Escolar e com a família (UIAI)	Frequentou o Projeto YA

Bebé	Idade em meses	Diagnóstico	Contexto	Observações
CP – feminino	12	Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor	Com a família (UIAI), com Dr ^a Helena Rocha	
DC – masculino	10 (7 idade corrigida)	Grande Prematuro	Com a família (UIAI), com Dr ^a Helena Rocha	
FF – masculino	12	PC, Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor	Com a família (UIAI), com	

			Dr ^a Helena Rocha	
--	--	--	---------------------------------	--

Tabela 4 - Horário de estágio

	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
9:00	CP (9:30h)	LP	MA e SJ (9:30h)	Irregular*	Irregular
10:00	DC (10:30h)	RT	MA e SJ	Irregular	Irregular
11:00	FF (11:30)	Consultoria (anexo U)	MA e SJ TH (11:30h)	Irregular	Irregular
12:00			TH	Irregular	Irregular
13:00	Reunião de casos (13:30)		HF e DF	Irregular	Irregular
14:00	Reunião de casos		HF e DF	Reunião de ELI/Supervisão	Irregular
15:00	Reunião de casos	MB (15:30)	HF e DF	Reunião de ELI/Supervisão/ MX (15:45)	Irregular
16:00	Reunião de casos	DS (16:30)		Reunião de ELI/Supervisão	Irregular

17:00	Reunião de casos Grupo dos Faladores UIAI (17:30)	“		Grupo dos Faladores CIPA (17:30)	Irregular
18:00	Grupo dos Faladores UIAI	Projeto YA	Projeto YA	Grupo dos Faladores CIPA	Irregular
19:00	Grupo dos Faladores UIAI (19:30)	“	“	Grupo dos Faladores CIPA (19:30)	Irregular

*Irregular – espaço para acompanhar avaliação ou realizar reunião com educadoras e famílias, ou outros técnicos.

Caracterização dos contextos de intervenção

No contexto de intervenção em meio escolar, as sessões foram realizadas na maioria numa dinâmica de grupo, com todos os elementos da turma ou em pequenos grupos de trabalho. Atendendo ao equilíbrio entre o apoio em atividades de sala de aula e atividades propostas, de relevância não só para as crianças apoiadas como para todo o grupo. Sempre com vista num trabalho de cooperação/equipa com os elementos de referência escolar (educadoras, ...). Neste contexto o trabalho desenvolvido foi maioritariamente realizado em sala de aula, mas também se usufruiu dos espaços exteriores ou ginásio escolar, sempre que possível.

Relativamente às intervenções com a família, a maioria realizou-se no ginásio da ELI, na UIAI. Ocasionalmente foi utilizada uma outra sala ampla da UIAI, principalmente com o intuito de reduzir o número de estímulos visuais/distrações necessário para algumas crianças. Também a sala da USF da Quinta do Conde foi utilizada, aqui apenas para um trabalho individualizado a nível da grafomotricidade. Esta sala costuma ser utilizada para avaliações, devido à sua dimensão reduzida.

A sala ampla supracitada também foi espaço para a atividade semanal “Grupo dos Faladores”, dinamizada em conjunto com a Terapeuta da Fala da ELI, com dois grupos de crianças. Este projeto será apresentado detalhadamente mais à frente.

Contemplado nas atividades de estágio, também posteriormente clarificado, o projeto Young Athletes Special Olympics, com existência bissemanal, com dois grupos de crianças diferentes, realizou-se no ginásio de uma das escolas atendidas, mais concretamente a EB1 JI Pinhal do General, na Quinta do Conde.

Descrição sistematizada de todos casos intervencionados

Neste tópico irão ser apresentados de forma breve dos 13 casos apoiados ao longo do regime de estágio, mencionando as principais preocupações iniciais e os resultados de intervenção. Em anexo (I), seguirá um exemplo de relatório de intervenção de um dos casos apresentados.

- LP

O LP, tem 5 anos, e começou a ser acompanhado pela ELI de Sesimbra no final de 2017. Sendo acompanhado semanalmente no contexto de ginásio com a família, desde 14 de novembro de 2017. A família e a escola apresentavam preocupações relacionadas com o relacionamento interpessoal, agressividade e outros comportamentos de oposição, sociais e adaptativos. Tendo várias características da PEA, a nível do contacto ocular, competências sociais hipersensibilidade auditiva, entre outros.

A nível familiar, o LP pertence a uma classe social desfavorecida, com pais já com alguma idade; este tem dois irmãos mais velhos, sendo que um já não vive em casa, e por isso a sua relação com o mesmo é reduzida. Existe um padrão de violência do pai para com a mãe que leva a que esta criança não tenha uma relação próxima e interessada com o mesmo, atuando um pouco como protetor da mãe. A rede de apoio desta família é pobre.

Após uma avaliação informal do LP constatou-se, sucintamente, que se tratava de uma criança com elevada dependência materna, sendo esta uma relação segura; o contacto visual é reduzido; existem efetivamente diversos comportamentos de oposição e agressivos; há dificuldade em estabelecer relações interpessoais; o seu jogo é pobre,

sem interesse de partilha e a nível da linguagem esta é pouco fluída (gaguez), com dificuldades articulatórias e ausência de sons.

Uma vez que esta criança apenas esteve presente em 10 das 29 sessões previstas, sendo as mesmas bastante espaçadas, desde dezembro, não é possível afirmar a eficácia e ganhos devidos à intervenção com a criança. Sendo que metade destas, inclusive, se dedicaram necessariamente às tentativas de construção da relação terapêutica, algo que foi colocado em causa com as diversas faltas à terapia.

Contudo, do pouco observado, é possível afirmar que existiu uma significativa evolução no comportamento social desta criança, estando bastante mais disponível nas relações interpessoais, mantendo maior contacto visual, permitindo e apreciando o toque e adquirindo a capacidade de partilha com o outro, das suas vivências e do jogo. Já parece ter amigos preferenciais, dos quais fala e demonstra interesse nestas relações. Consequentemente, a relação com a mãe aparenta ser muito menos fusional, ao que se prevê que tenha impactos na sua flexibilidade comportamental. Também os comportamentos meramente opostos deixaram de se verificar, possivelmente resultado da confiança na relação com a terapeuta. Observou-se ainda que uma intervenção próxima foi muito importante para a mãe em especial, adquirindo estratégias e mesmo oportunidade de partilha de angústias.

- MA

O MA nasceu a 13 de fevereiro de 2012, sendo acompanhado pela ELI de Sesimbra desde 2016. Os pais estão separados, sendo que vê poucas vezes o pai e vive com a mãe, o padrasto e a sua filha. Apresenta um atraso no desenvolvimento sem etiologia conhecida, abrangendo as áreas: linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa. Foi acompanhado semanalmente no contexto do Jardim de Infância, desde 25 de outubro de 2017. A família e a educadora apresentavam numa fase inicial preocupações relacionadas com concentração reduzida, cumprimento de regras, interesses reduzidos, gestão emocional (frustração), cognição (compreensão de instruções complexas) e a relação com os pares em contexto de grupo (sendo a maioria destas preocupações apontadas pela educadora apenas). Observava-se uma criança com uma enorme imaturidade global, com discurso pobre e de tom infantilizado, e ainda muito egocêntrica, com dificuldade em partilhar a atenção com os pares ou em não ser o foco da mesma/líder dos demais. Foi proposta a inserção no YA, mas sem adesão por parte da família.

No final da intervenção observaram-se evoluções a nível da motricidade fina, noção do corpo, competências sociais e cognitivas. Sendo as áreas da motricidade global e competências emocionais as com menores evoluções. Contudo, todas as áreas devem continuar a ser potenciadas.

- SJ

O SJ nasceu a 9 de setembro de 2012, sendo acompanhado pela ELI de Sesimbra desde 2016. A mãe é seguida em psicologia, tendo um quadro depressivo. A criança apresenta um atraso do desenvolvimento sem etiologia conhecida (a nível da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativo), tendo sido por isso acompanhado semanalmente em contexto de Jardim de Infância desde 25 de outubro de 2017. Fisiologicamente tem uma face com características de Trissomia 21. Este está ainda bastante centrado em si mesmo, mostrando desinteresse pelo jogo partilhado, preferindo estar a brincar sozinho ou perto da auxiliar; há também enorme desinteresse pelas aprendizagens grafomotora, observando-se uma postura opositora. É uma criança com um bom raciocínio lógico e um potencial matemático bastante favorável.

A família e a educadora apresentavam numa fase inicial preocupações relacionadas com as competências emocionais, cumprimento de regras, motricidade fina, flexibilidade cognitiva e autonomia. Foi proposta a inserção no projeto YA, mas sem adesão por parte da família.

No final da intervenção ainda é possível verificar a sua desregulação emocional, grande imaturidade emocional. Contudo, a sua relação com os pares está muito mais favorável e também se observam evoluções a nível da motricidade global e fina. Apesar das evoluções, ainda é necessário continuar a desenvolver a noção do corpo. A compreensão verbal ainda é uma das áreas de maior dificuldade para esta criança. (Em anexo o Relatório Evolutivo para justificativa de adiamento escolar – anexo J)

- TH

A TH nasceu a 8 de outubro de 2010, sendo acompanhado pela ELI de Sesimbra desde 2012. Apresenta um diagnóstico de atraso do desenvolvimento devido a cardiopatia congénita e défice sensorial, tendo algum comprometimento cognitivo. Fez a sua primeira cirurgia cardíaca aos três dias de vida e nove dias depois a segunda. A última cirurgia que efetuou aconteceu no ano passado.

Foi acompanhada semanalmente no contexto do Jardim de Infância, desde 22 de novembro de 2017. Tendo a sua presença sido irregular e reduzida por faltar ao

Jardim de Infância recorrentemente. Foi possível observar alguma instabilidade familiar e poucos cuidados de higiene.

Na fase inicial a mãe apresentou como principal preocupação a baixa autoestima relacionada com as cicatrizes, e a educadora titular preocupava-se com a indefinição da lateralidade manual, dificuldade em persistir nas tarefas, a atenção, e o uso da doença para argumentação. Nas sessões a criança mostra enorme dificuldade em partilhar a atenção do adulto, dificuldades acentuadas de confiança em atividades motoras (especialmente a nível do equilíbrio), reduzida relação com os pares e fácil distratibilidade. Tendo um perfil de desenvolvimento abaixo do expectável para a sua idade globalmente.

No final da intervenção existiram boas evoluções a nível da noção do corpo e autoestima, competências emocionais e da lateralidade manual, sendo o lado especializado o esquerdo. Contudo, com a tesoura, a criança parece preferir usar a mão direita e que o seu desempenho inclusive é melhor. Em todas as outras tarefas, e partes do corpo, o uso é exclusivamente esquerdo, atualmente, sem ser necessário qualquer alerta de momento. Na motricidade global, é necessário continuar um trabalho próximo, bem como no equilíbrio, parecendo existir grande falta de exploração motora, o que afeta o seu desempenho. Relativamente às competências cognitivas, estas em parte são relacionadas com as faltas constantes ao jardim de infância, ainda assim observaram-se melhorias.

- HF

O HF nasceu a 25 de agosto de 2012, sendo acompanhado pela ELI de Sesimbra desde 21 de fevereiro de 2017. A criança é legível por atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida a nível motor, da linguagem e comunicação e emocional. Foi acompanhado semanalmente no contexto do Jardim de Infância, desde o final de novembro de 2017. Integrou o YA desde o mesmo mês, no entanto com pouca regularidade. A meio da intervenção optou-se por realizar sessões ocasionais com a família direcionadas à motricidade fina. Com os pais a relação é segura, atenta e bidirecional.

As principais preocupações apresentadas inicialmente pela família e a educadora estavam relacionadas com a ansiedade do HF, o não permanecer por períodos favoráveis de tempo numa tarefa, a motricidade fina e a transição para o primeiro ano. A educadora acrescentara preocupações com a preensão, aquisição de

conhecimentos, concentração, construção frásica e o discurso. Observaram-se comportamentos de agressividade e impulsividade, sem capacidade de autorregulação.

No final da intervenção, especialmente potenciadas pelas sessões com a família, a motricidade fina teve uma boa evolução, bem como a lateralidade manual. Também as competências cognitivas estão mais próximas ao expectável. Contudo, é relativamente às competências emocionais que se verifica maior necessidade de continuar a investir.

- DF

O DF nasceu a 14 de setembro de 2013, sendo acompanhado pela ELI de Sesimbra desde 2015. Apresenta um diagnóstico de atraso global do desenvolvimento psicomotor, tendo um desenvolvimento estatura-ponderal abaixo do expectável. A sua base familiar foi revelando-se muito segura e estimulante, contudo, a mãe várias vezes mostrou ter tendência para superproteger a criança, o que acaba por afetar a sua autonomia.

A criança foi acompanhada semanalmente no contexto do Jardim de Infância desde 8 de novembro de 2017. Tendo integrado ainda o YA desde o mesmo mês, sendo que já tinha frequentado no ano anterior, de fevereiro a junho. Neste projeto foi acompanhado pela mãe, onde se observou uma relação quase fusional, em que a progenitora protegia em excesso a criança. A família e a educadora apresentavam na primeira fase preocupações relacionadas com o relacionamento interpessoal, a autonomia na alimentação e higiene, o equilíbrio e o desenvolvimento motor e da fala. Tendo existido uma evolução em todas estas competências, apesar de ainda não se encontrarem dentro do expectável para a sua faixa etária. No entanto, a nível social ao longo da intervenção foram observando-se oscilações, sendo que por vezes se verificou quase o desinteresse total no outro, desajustamento e isolamento, onde foi necessária uma intervenção grupal, em contexto natural, como o recreio, passando ferramentas de brincadeira tanto ao DF como aos seus pares, mas ainda assim a criança mostrou preferência pela relação com os adultos.

- DS

O DS nasceu a 10 de agosto de 2013, sendo referenciado à ELI de Sesimbra a 19 de setembro de 2016, com os critérios atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida: linguagem e comunicação e com preocupações acentuadas, da família, relativamente

ao desenvolvimento da criança. Devido à dificuldade em chegar até esta família, apenas começou a ser acompanhado, semanalmente no contexto de ginásio, com a família, a 9 de janeiro de 2018. Trata-se de uma criança que poderá ter sofrido de violação por um elemento da família.

A família apresentava preocupações relacionadas com o atraso da fala, o deixar de usar fraldas, a criança não conseguir cantar (melodia), ser muito agitado e não comer sozinho em casa. O DS aguarda operação auditiva. A criança mostrou-se muito descoordenada, inquieta, parecendo não saber brincar, sem permanência nas tarefas do início ao fim. As relações com os pais apesar de positiva não se observavam momentos espontâneos de partilha e jogo. Sendo que existiram enormes evoluções a nível global (exceto na linguagem), mas é uma criança com necessidade de continuidade em intervenção, junto da família, e vigilância próxima, sendo que se espera que a operação auditiva seja tão breve quanto possível potencializando ao máximo as relações sociais, aquisições académicas, entre outros.

- RT

O RT nasceu em dezembro de 2012, sendo acompanhado pela ELI de Sesimbra desde 2014. Este foi diagnosticado com PEA. Acompanhado semanalmente no contexto do Jardim de Infância desde 26 de fevereiro de 2018. A família e a educadora apresentavam preocupações relacionadas com o relacionamento interpessoal, a grafomotricidade e a hipersensibilidade auditiva. Parecera existir alguma dificuldade por parte dos progenitores em compreender a criança, apesar de serem muito preocupados com a mesma e presentes. A nível da motricidade global e fina as suas dificuldades são evidentes, mas não limitativas; tem amigos preferenciais, mas com alguma disponibilidade para outras amizades. O jogo é restrito, procurando estar sempre na construção com legos, e tendo pouca flexibilidade para o modificar.

No final da intervenção apenas o domínio do equilíbrio não obteve evoluções, sendo o das competências sociais o que maiores conquistas obteve. É possível afirmar que no próximo ano, em que iniciará o 1º ciclo (sem PEI), não é prevista a necessidade de um apoio mais individualizado para a sua inclusão ou devido a dificuldades cognitivas. No entanto, deve aferir-se as suas necessidades no final do primeiro período.

- MX

A MX nasceu a 25 de fevereiro de 2014, sendo acompanhada pela ELI de Sesimbra desde novembro de 2017. Chegando até à mesma especialmente por dificuldades acentuadas em controlar a agitação motora. É importante referir o facto de a criança

ainda fazer amamentação e sesta. Foi acompanhada semanalmente em ginásio, com a mãe, desde 17 de maio de 2018, tendo algumas sessões em contexto escolar também. Foi sugerida a integração no projeto YA desde o mesmo mês, sendo que apenas esteve presente em duas aulas. A família e a educadora apresentam preocupações relacionadas com a sua agitação motora e atenção, as relações com os pares e os comportamentos disruptivos (morder e bater quando algo não vai de encontro ao que idealiza).

Apesar do número reduzido de sessões realizadas a criança teve ganhos surpreendentes, que levaram a mãe inclusive a replicar as estratégias transmitidas e de sessão para sessão foi observando-se maior tempo de atenção/concentração, menor agitação psicomotora, capacidade de escuta (linguagem compreensiva) e de manutenção nas atividades do início ao fim, de forma estruturada (conseguindo fazer o primeiro puzzle apenas com ajuda visual). A relação com a mãe é muito próxima, sendo a mãe muito disponível para jogar com ela e recetiva a todas as estratégias transmitidas. Contudo, esta relação por vezes parece demasiado protetiva, infantilizando a criança.

- MB – Estudo de caso

Esta criança será abordada à frente na componente referente ao “Estudo de caso”.

- Bebés

Relativamente às intervenções com os três bebés, que foram dinamizadas na maioria em parceria com a Dr.^a Helena Rocha, em contexto familiar no ginásio da UIAI, estas são de carácter bastante mais funcional, onde se estimulou o aparecimento e/ou consolidação dos marcos de desenvolvimento. Pela ordem adequada (Céfalo-caudal, Próximo-distal), aprendendo assim estas crianças a controlar a cabeça, o tronco, sentar sem apoio, ficar de joelho, 4 apoios e 2, gatinhar e/ou a marcha. É neste tipo de intervenção que é imprescindível a colaboração da família, pois é a prolongação e replicação nos contextos do quotidiano, sempre que possível, que conduzem ao sucesso da mesma.

Além deste trabalho de aprendizagem conduzida, um destes meninos, por ter como problemática uma PC, teve a necessidade de uma intervenção mais especializada a nível do lado lesado, sendo assim bastante investido o trabalho a nível da motricidade fina.

Estas crianças foram às sessões acompanhadas pelas mães, sendo em todos os casos observada uma relação segura, de interesse e com benefício em replicar estratégias.

Descrição do processo de intervenção

Todos os casos intervencionados passaram por uma fase inicial de observação e criação da relação terapêutica, que se seguiu da aplicação da Grelha de Observação Psicomotora de João Costa, enquanto elemento de avaliação complementar ao PIIP. Esta avaliação foi realizada sempre após as sessões, de modo a não haver qualquer influência negativa nas compadices reais das crianças, sendo que a mesma se realizou ao longo de várias sessões.

Posteriormente desenhou-se o plano terapêutico, com os objetivos e metas a trabalhar, tendo como base os dados registados nos PIIPs e as dificuldades observadas até então. Estes foram, sempre que necessário, ajustados às necessidades das crianças e respetivas famílias.

Após a intervenção procedeu-se à reavaliação, compreendendo as evoluções conquistadas ou não no decorrer da mesma.

Relativamente aos bebés o processo foi diferenciado, onde os objetivos definidos eram baseados nos marcos de desenvolvimento e a avaliação foi mais informal e em parceria com a orientadora local, onde se consultou o CRESCER, e de forma subtil foi passado o Inventário de Desenvolvimento de Bernabeu e Prada (2001) (Anexo E).

De forma sintetizada, apresenta-se de seguida uma tabela com as áreas fortes, a desenvolver, os objetivos e estratégias utilizadas ao longo da intervenção para os casos acompanhados.

Tabela 5 - Síntese de intervenção dos casos apoiados

Casos	Áreas Fortes	Áreas a Desenvolver	Objetivos pedagógico-terapêuticos	Exemplos de estratégias de intervenção utilizadas
LP	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação não-verbal; - Relação com a figura materna; - Compreensão auditiva - Interesse no jogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relações interpessoais; - Comportamento de oposição e agressivo; - Sensorialidade; - Limiar de frustração; - Relação fusional com a figura materna; - Jogo; - Autoconfiança; - Flexibilidade comportamental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a autovalorização - Diminuir a dependência pela figura materna - Aumentar a flexibilidade comportamental/Comportamento adaptativo - Aumentar o limiar de frustração; - Promover o jogo partilhado; - Aumentar o interesse pela relação com os outros; - Melhorar o comportamento; - Aumentar o limiar sensorial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Troca de estratégias com a família; - Recurso ao feedback verbal; - Demonstração/modelo dos jogos; - Promoção de um ambiente seguro e de partilha (confiança); - Utilização de situações/jogos gratificantes para desenvolver as áreas a melhorar

MA	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação não-verbal; - Relação com o adulto; - Autonomia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motricidade fina; - Motricidade global; - Equilíbrio; - Relação com os pares; - Gestão das emoções; - Comunicação verbal; - Concentração; - Noção do corpo e Esquema corporal 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o planeamento motor; - Melhorar a coordenação motora (óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentar); - Aumentar a força nos membros superiores; - Melhorar a preensão; - Desenvolver o reconhecimento corporal; - Promover a noção de esquema corporal e a sua representação gráfica; - Melhorar a gestão das Emoções; - Promover o jogo partilhado; - Aumentar o interesse pela relação com os outros; - Estimular a capacidade de espera; - Promover a compreensão; - Potenciar as funções executivas (resolução de problemas); - Aumentar a capacidade atencional; - Desenvolver a interiorização e a capacidade refletiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Troca de estratégias com a educadora titular; - Recurso ao feedback verbal; - Promoção da capacidade de persistência e de resiliência durante as atividades; - Utilização do reforço positivo; - Demonstração das atividades; - Incentivo de brincadeira com pares; - Recurso a atividades no grande grupo; - Valorização das competências; - Promoção de um ambiente seguro e de partilha (confiança);
----	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de situações/jogos gratificantes para desenvolver as áreas a melhorar; - Sugestão de frequência no projeto YA semanalmente (Sem aderência)
SJ	<ul style="list-style-type: none"> - Relação com os adultos; - Raciocínio lógico 	<ul style="list-style-type: none"> - Competências sociais; - Competências emocionais; - Motricidade Global e Fina; - Compreensão verbal 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o planejamento motor; - Melhorar a coordenação motora (óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentar); - Aumentar a força nos membros superiores; - Desenvolver o reconhecimento corporal; - Promover a noção de esquema corporal e a sua representação gráfica; - Melhorar o autocontrole comportamental e gestão das emoções; - Promover o jogo partilhado; - Aumentar o interesse pela relação com os pares; - Estimular a capacidade de espera; - Promover a compreensão 	<ul style="list-style-type: none"> - Troca de estratégias com a educadora titular; - Recurso ao feedback verbal; - Promoção da capacidade de persistência e de resiliência durante as atividades; - Utilização do reforço positivo; - Demonstração das atividades; - Incentivo de brincadeira com pares; - Recurso a atividades no grande grupo; - Valorização das competências;

				<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de um ambiente seguro e de partilha (confiança); - Utilização de situações/jogos gratificantes para desenvolver as áreas a melhorar; - Sugestão de frequência no projeto YA semanalmente (Sem aderência)
TH	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação verbal; - Relação com o adulto; - Interesse em trabalhos de mesa (atenção exclusiva). 	<ul style="list-style-type: none"> - Motricidade global; - Relação com os pares; - Autoconfiança e autoestima; - Lateralidade; - Noção do corpo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Definir a lateralidade manual; - Aumentar a agilidade; - Melhorar a coordenação motora (óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentar); - Aumentar a força nos membros inferiores e superiores; - Aumentar o equilíbrio dinâmico nas atividades motoras; - Desenvolver a autovalorização; - Melhorar a gestão emocional; - Promover o jogo partilhado; - Aumentar o interesse pela relação com os outros; - Estimular a capacidade de espera; Promover a 	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso ao feedback verbal; - Promoção da capacidade de persistência e de resiliência durante as atividades; - Utilização do reforço positivo; - Demonstração das atividades; - Exemplificação de brincadeira com pares; - Valorização das competências;

		<ul style="list-style-type: none"> - Capacidades cognitivas (cores, números, ...). 	<ul style="list-style-type: none"> compreensão; - Potenciar as funções executivas (resolução de problemas); - Desenvolver a noção de número e de quantidade; - Melhorar o reconhecimento das cores; - Potenciar o planeamento motor; - Desenvolver o reconhecimento corporal; - Promover o esquema corporal e a sua representação gráfica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de um ambiente seguro e de partilha (confiança); - Utilização de situações/jogos gratificantes para desenvolver as áreas a melhorar; - Passagem de estratégias à família
HF	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação verbal e não-verbal; - Interesse no jogo; - Interesse na relação com o outro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade atencional; - Autoestima; - Força dos membros superiores; - Motricidade fina; - Lateralidade (manual); - Planeamento motor; 	<ul style="list-style-type: none"> - Regular a força na mão; - Melhorar a apreensão; - Aumentar a força nos membros superiores (mãos); - Promover o planeamento motor; - Definir a lateralidade manual; - Desenvolver a autovalorização; - Melhorar a gestão das emoções; - Promover o jogo partilhado; - Melhorar a relação com a terapeuta; - Melhorar a relação com os pares; - Estimular a capacidade de espera; - Promover a atenção; - Potenciar as funções executivas (resolução de problemas). 	<ul style="list-style-type: none"> - Troca de estratégias com a educadora titular; - Recurso ao feedback verbal; - Promoção da capacidade de persistência e de resiliência durante o jogo; - Utilização do reforço positivo; - Demonstração das atividades (quando necessário);

		<ul style="list-style-type: none"> - Relação com os pares e adultos; - Gestão das emoções. 		<ul style="list-style-type: none"> - Valorização das competências; - Promoção de um ambiente seguro e de partilha (confiança); - Utilização de situações/jogos gratificantes para desenvolver as áreas a melhorar; - Negociação; - Promoção da reflexão das suas atitudes menos positivas; - Passagem de estratégias aos pais, sessões com a família; - Frequência no projeto YA semanalmente
DF	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação não-verbal; 	<ul style="list-style-type: none"> - Força dos membros superiores; - Motricidade fina; 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a postura hipotónica; - Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico; - Melhorar o planeamento motor; 	<ul style="list-style-type: none"> - Troca de estratégias com a educadora titular; - Recurso ao feedback verbal;

<ul style="list-style-type: none"> - Interesse no jogo com o adulto; - Relação com os adultos; - Lateralidade; - Contexto familiar estimulante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motricidade global; - Equilíbrio; - Relação com os pares; - Comunicação verbal; - Autonomia; - Autoconfiança; - Tonicidade; - Noção do corpo 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a agilidade; - Melhorar a coordenação motora (óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentar); - Aumentar a força nos membros inferiores e superiores; - Regular a força; na mão; - Melhorar a preensão; - Desenvolver o reconhecimento corporal; - Promover o esquema corporal e a sua representação gráfica; - Desenvolver a autovalorização; - Promover o jogo partilhado; - Aumentar o interesse pela relação com os outros; - Estimular a capacidade de espera; - Promover a compreensão; - Potenciar as funções executivas (resolução de problemas); - Promover a realização autónoma de competências de autocuidado; - Promover um discurso mais perceptível; - Promover a necessidade de comunicação verbal; - Aumentar o interesse na comunicação verbal com o outro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da capacidade de persistência e de resiliência durante as atividades; - Utilização do reforço positivo; - Demonstração das atividades; - Modelação dos movimentos; - Exemplificação de brincadeira com pares; - Valorização das competências; - Promoção de um ambiente seguro e de partilha (confiança); - Utilização de situações/jogos gratificantes para desenvolver as áreas a melhorar; - Passagem de estratégias aos pais;
---	---	--	--

				- Frequência no projeto YA semanalmente
DS	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação não-verbal; - Interesse no jogo; - Gosto pela relação com o outro. 	<ul style="list-style-type: none"> Autoestima; - Motricidade Global; - Planeamento motor; - Equilíbrio; - Jogo; - Gestão das emoções; - Comunicação verbal; - Sentido de número 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico; - Melhorar o planeamento motor; - Melhorar a coordenação motora (óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentar); - Aumentar a força nos membros inferiores e superiores; - Desenvolver a autovalorização; - Melhorar a gestão das emoções; - Promover o jogo partilhado; - Aumentar o interesse pela relação com os outros e pelo jogo; - Estimular a capacidade de espera; - Promover a compreensão; - Aumentar a atenção; - Potenciar as funções executivas (resolução de problemas); - Desenvolver o sentido de número (sequência numérica e conceito de quantidade); - Promover um discurso mais perceptível. 	<ul style="list-style-type: none"> - Troca de estratégias com a família; - Recurso ao feedback visual; - Promoção da capacidade de persistência e de resiliência durante o jogo; - Utilização do reforço positivo; - Demonstração das atividades; - Valorização das competências; - Promoção de um ambiente seguro e de partilha (confiança); - Utilização de situações/jogos gratificantes para desenvolver as áreas a melhorar;

				<ul style="list-style-type: none"> - Negociação; - Recurso a livros
RT	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomia; - Excelente memória visual; - Bom raciocínio matemático e competências cognitivas pré-acadêmicas; - Discurso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motricidade fina; - Motricidade global; - Equilíbrio; - Relação com os pares; - Relação com o adulto; - Contacto ocular; - Autoconfiança 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o planeamento motor; - Melhorar a coordenação motora (óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentar); - Dominar o controlo corporal; - Melhorar a preensão; - Desenvolver a autovalorização; - Criar uma relação terapêutica segura; - Promover o jogo partilhado; - Aumentar o interesse pela relação com os outros; - Aumentar o contacto ocular; - Promover as competências sociais no jogo; - Aumentar o equilíbrio nas atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Troca de estratégias com a educadora titular; - Recurso ao feedback verbal; - Promoção da capacidade de persistência e de resiliência durante as atividades; - Utilização do reforço positivo; - Demonstração das atividades; - Exemplificação de brincadeira com pares; - Valorização das competências; - Promoção de um ambiente seguro e de partilha (confiança);

				<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de situações/jogos gratificantes para desenvolver as áreas a melhorar; - Passagem de estratégias aos pais
MX	<ul style="list-style-type: none"> - Interesse no outro; - Motivação; - Apoio familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Irrequietude psicomotora; - Défice de atenção; - Imaturidade global. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a capacidade de autorregulação; - Aumentar os períodos de atenção/concentração; - Inibir estímulos desnecessários; - Favorecer a autonomia; - Potenciar as competências familiares (trabalhar desapego). 	<ul style="list-style-type: none"> - Frequência no projeto YA semanalmente (capacidade de espera e concentração, principalmente); - Falar com ela de forma simples e direta com recurso ao verbal e ao toque para que esteja atenta ou consiga esperar a sua vez de falar; - Pesos: arrumar cadeiras (levantando-as), manta pesada em cima, transportar um garrafão de água ou tirar a roupa da máquina, por exemplo; - Subir uma bola pela parede (de baixo para cima, fazendo-a rolar);

				<ul style="list-style-type: none">- Regar as flores pré-verbalizando o que vai fazer (desacelerando). Ex.: vou regar o vaso do fundo, primeiro as cor-de-rosa. Agora as brancas, ...; - Separar a roupa por cores (cor e escura) para dois alguidares (algo físico). A meio, pedir que conte quantas já tem escuras (ex.); - Dobrar toalhas ao meio ou em três; - Lavar vidros ou limpar a mesa com as duas mãos; - Aspirar; - No sofá, sentar-se de modo a cabeça ficar para baixo, quando muito agitada, contando até dez com animais (ex.: 1 cão, 2 gatos, ...); - Cartões com sequências de molas da roupa, com as cores e posições a usar
--	--	--	--	--

				<p>nas toalhas estendidas no arame (Olhar e reproduzir. Depois verificar se está correto);</p> <ul style="list-style-type: none">- Abraços de urso (apertados);- Contar! O quê? Tudo o que for possível.
--	--	--	--	---

III. Estudo de Caso

- Caracterização

A MB é uma menina com 6 anos. Nasceu a 17 de agosto de 2011 e acabava de regressar da Islândia, onde esteve durante os dois últimos anos com os pais, apesar de estes não estarem juntos, devido a situações de emprego. Morena e bonita, com uma aparência bastante cuidada, um desenvolvimento estatura-ponderal adequado e uma ótima rede de apoio familiar. É uma criança bem-disposta, gosta de música de dançar e tem alguma curiosidade no que é “novo”; gosta ainda de fazer jogos virtuais, de bonecas e de comer. Frequentou a creche desde os 2 anos e meio.

Vive com a mãe, o padrasto e os dois filhos deste senhor (de 16 e 17 anos de idade), mas a relação com o pai é bastante próxima, uma vez que a ligação dos progenitores é bastante positiva, e por esse motivo, sempre que possível estiveram ambos presentes nas sessões, reuniões ou atividades, mostrando-se cúmplices e concordantes no que diz respeito à filha. Sendo bastante atentos e interessados.

Foi referenciada pela educadora à ELI a 10 de outubro de 2017, pedindo esta ajuda especialmente referente à expressão verbal e interação com os pares, acabando por integrar o apoio pela ELI a 30 do mesmo mês, sendo elegível por apresentar um “Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação”.

É seguida em pedopsiquiatria, pediatria e em consulta de metabólica. Aos 2 anos de idade, no Centro Diferenças, foi englobada na PEA. A intervenção farmacológica é de Serotonina e Risperdal (0,20 + 0.25 mg à noite).

Após a primeira reunião com a família e escola foi realizado o encaminhamento para a Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA) de Setúbal, com polo na Quinta do Conde, onde foi seguida pela Psicóloga Mariana Ribeiro e a Terapeuta da Fala Ana Dias, uma vez por semana desde janeiro. Também o projeto YA foi sugerido.

Começou a ser acompanhada pela ELI, em Psicomotricidade desde 21 de novembro de 2017, onde foi seguida até 21 de junho de 2018, de forma regular. Paralelamente, participou também de forma assídua no projeto YA desde 26 de novembro de 2017, onde participou em 20 das 28 sessões dinamizadas.

As sessões em IPI foram realizadas em contexto individual, em cooperação com a família, uma vez por semana no ginásio da UIAI, tendo esta família estado presente em 22 das 23 sessões agendadas. Foram experimentadas algumas sessões na outra sala, numa fase onde foi necessário reduzir o estímulo visual (janela). A relação com as terapeutas da APPDA foi inferior ao desejado, bem como com a escola. A nível escolar foram passadas estratégias e reavaliados objetivos e conquistas três vezes no tempo de intervenção, uma inicial, outra em fevereiro e a última já em maio, onde esteve presente além dos pais e a educadora titular de turma, a professora de educação especial.

Tabela 6 - Cronograma de intervenção MB

	out	nov	dez	jan	fev	mar	mai	jun
Construção do PIIP								
Observação								
Intervenção conjunta								
Intervenção Psicomotora								
Intervenção em grupo, Projeto YA								
Avaliação Inicial								
Avaliação Final								
Reunião APPDA (Anexo L)								

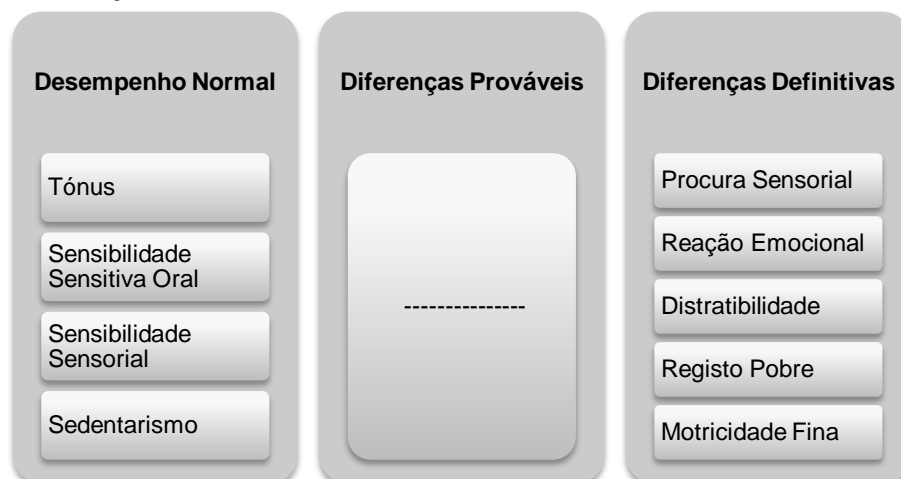
Avaliação - modelos e instrumentos e condições da avaliação

À semelhança dos restantes casos intervencionados também com a MB foi realizada uma primeira avaliação por meio da GOP (nas sessões individuais e no projeto YA), apesar de nem todos os subfactores poderem ser observados. (Anexo D1) Este instrumento, construído pelo professor João Costa, possibilita obter informação relativa

ao tipo de contacto da criança, analisar o seu desenvolvimento estatura-ponderal e aparência física. Procura-se também observar se a criança tem noção do seu esquema corporal, qual a impressão que tem da própria imagem corporal, aspetos relacionados com o gesto espontâneo, como a postura, equilíbrio ou a perceção auditiva, com a atividade espontânea, em relação ao adulto ou aos pares (quando possível) e com os materiais. Além disso, a grelha propõe ainda a análise da linguagem da criança, verbal e não-verbal, a capacidade de esta expressar os afetos e o tipo de pensamento simbólico predominante. Segundo Costa (2008), a grelha de observação deve ser preenchida fora da sessão, não apenas para não sermos intrusivos mas porque demora o seu tempo, pois é com o decorrer do tempo que a criança vai ganhando confiança no terapeuta para lhe mostrar o que é, o que gosta e o que a incomoda. O autor considera que uma observação continuada e uma boa recolha de informação com a família é mais útil do que uma avaliação formal. Acrescentando que após esta observação os objetivos da intervenção devem ser tomados em conjunto com os pais e após definição das estratégias necessárias junto dos outros técnicos envolvidos no processo.

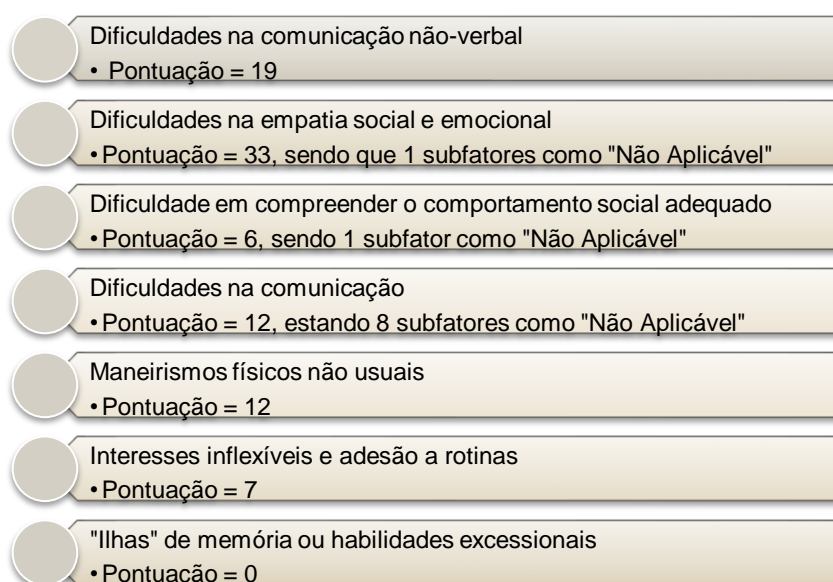
Também o questionário “Perfil Sensorial” de Winnie Dunn (1999) foi aplicado. Este, apropriado para a faixa etária dos 0 aos 10 anos de idade, com o propósito de identificar a capacidade de autorregulação e processos inerentes. O Perfil Sensorial é aplicado aos cuidadores (neste caso foi a mãe) e está dividido em nove fatores: (1) Procura Sensorial; (2) Reação Emocional; (3) Baixo Endurance/Tónus; (4) Sensibilidade Sensorial Oral; (5) Inatenção/Distratibilidade; (6) Registo Pobre; (7) Sensibilidade Sensorial; (8) Sedentarismo; (9) Motricidade Fina/Perceptiva. A cotação é somada por fatores e vai corresponder a uma das 3 classificações: Desempenho Normal, Diferenças Prováveis; ou Diferenças Definitivas. Ver na figura abaixo os resultados obtidos na avaliação inicial com esta escala (Anexo D3).

Figura 5- Avaliação Inicial "Perfil Sensorial"



A Checklist Autismo de Glynis Hannell também foi utilizada, direcionada para a avaliação de crianças e jovens, esta é constituída por 56 itens que estão divididos em 7 fatores : (1) Dificuldades na comunicação não-verbal; (2) Dificuldades na empatia social e emocional; (3) Dificuldade em compreender o comportamento social adequado; (4) Dificuldades na Comunicação; (5) Maneirismos físicos não usuais; (6) Interesses inflexíveis e adesão a rotinas; (7) “ilhas” de memória ou habilidades excepcionais. Sendo cotada numa escala de 4 níveis (de 0 a 4) de dificuldade, onde o 0 corresponde a “De modo nenhum, não se aplica”, o 1 “Ligeiro, por vezes observado, aplica-se em certa medida”, 2 “Moderado, muitas vezes observado, aplica-se certamente” e o 3 “Severo, frequentemente observado, aplica-se fortemente”. Resultados obtidos na avaliação inicial na figura abaixo (Anexo D2).

Figura 6 - Avaliação Inicial Checklist Autismo



Por último, foi construída uma Grelha de Avaliação a critério, para esta criança, uma vez que a GOP não se mostrou sensível o suficiente às características desta criança e não se encontrou uma escala/teste que se adequasse de forma global ao que se pretendia avaliar. Como base à construção foram utilizados diversos testes de autores diferentes, criando assim uma adaptação dos mesmos, mais especificamente da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (1975), o Movement Assessment Battery for Children 2 de Sheila Henderson, David Sugden e Anna Barnett (2007), a Escala de Comportamento Adaptativo – Escolar de Lambert, Nihira e Leland (1993), e a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - GrowingSkills-II, de Bellman, Lingam e Aukett (1996). (Anexo D5) A grelha é composta por 12 fatores, (1) Tónus; (2)

Lateralidade; (3) Noção do corpo; (4) Equilíbrio; (5) Praxia Global; (6) Praxia Fina; (7) Autonomia; (8) Linguagem e Comunicação; (9) Personalidade; (10) Competências Sociais; (11) Comportamento Estereotipado e; (12) Competências cognitivas. Não foi contemplado o fator Sensorial uma vez que o mesmo é devidamente abrangido no questionário “Perfil Sensorial”, supracitada. Esta grelha acabou por ficar demasiado extensa, sendo que nem todas as dificuldades encontradas foram passíveis de ser desenvolvidas. Foram então priorizados objetivos, de acordo com as expectativas dos pais. Ver abaixo os valores obtidos na primeira avaliação.

Figura 7 - Avaliação Inicial Grelha de Observação Psicomotora a critério



Ecomapa

Através deste registo podemos concluir que a criança tem uma relação mais forte com a mãe, o pai e a avó materna. Não parecendo existir relações conflituosas no seu contexto. (Anexo D6)

A referir ainda que não foi utilizada nenhuma anamnese pois utilizou-se os documentos próprios da ELI (ficha de caracterização e PIIP, ambos em anexo: B e C).

Todas as avaliações, à exceção da GOP e do Ecomapa, foram replicadas na fase final da intervenção, possibilitando fazer uma avaliação do processo de intervenção. Contudo, de modo a sustentar as conquistas ou percas existentes ao longo do processo, que foi tendo fases de evolução, mas também de regressão, após cada

sessão dinamizada, foi realizado um relatório síntese das mesmas (Anexo H). Os resultados irão ser explorados mais à frente neste documento.

Além destas avaliações, também o Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM) foi tomado em conta, e a sua respetiva avaliação, apesar de ser elaborado com vista à IPI em crianças até aos 60 meses. Contudo, apenas foi possível ter acesso à mesma já perto do fim da intervenção, ao que se efetuou a simulação da avaliação inicial e final, compreendendo em que nível de desenvolvimento a criança se encontraria nas áreas da Comunicação Recetiva; Comunicação Expressiva; Competências Sensoriais; Competências de jogo; Competências Motoras Finas; Competências Motoras Grossas e o Comportamento Adaptativo. Esta avaliação será de forma breve referida mais à frente e deixada em anexo (D8 e D9). Num estudo de Estes et al. (2015) relacionado com o ESDM, realizado em crianças entre os 18 e os 30 meses de idade, retiraram-se achados da eficácia do mesmo, revelando que dois anos após esta intervenção as crianças não sofreram regressões nas áreas promovidas (Comportamento Adaptativo; Competências Cognitivas; Comportamentos desafiadores e autistas).

Plano de intervenção

Sucedeu-se, após a avaliação inicial, a fase seguinte do processo de intervenção, o delineamento do plano de intervenção, onde se identificaram as áreas fortes e a desenvolver desta criança, os fatores protetores e de risco e se traçou pedagógico-terapêuticos, contemplares aos estipulados no PIIP.

A criança manifesta vários comportamentos autistas, como os interesses restritos e repetitivos (escolha do mesmo objeto da sala sempre que entra), corroborando o esperado na PEA segundo APA (2013); Oviedo et al. (2015); Ferreira e Oliveira (2016). Estereotipias, como bater palmas (Vidigal e Guapo, 1997) Falta de interesse social (Hamilton et al., 2007). Procura de informação vestibular permanente e a exploração oral dos objetos, ao contrário do exetável para a sua faixa etária (que se regista até aos 18 meses de idade, segundo Freud (1926)) (Rogers, 2009). Ausência de linguagem verbal (Hamilton et al., 2007; Filipe, 2012). E contacto ocular fraco (Rogers, 2009 e Filipe, 2012). Observa-se um limiar de frustração baixo, com recurso à violência, em si, no outro e/ou nos objetos (McPheeters et al., 2011; LeClerc e Easley, 2015).

Após esta primeira fase pode definir-se as seguintes áreas fortes e a desenvolver, fatores de risco e protetores:

Figura 8 - Áreas Fortes vs Áreas a Desenvolver

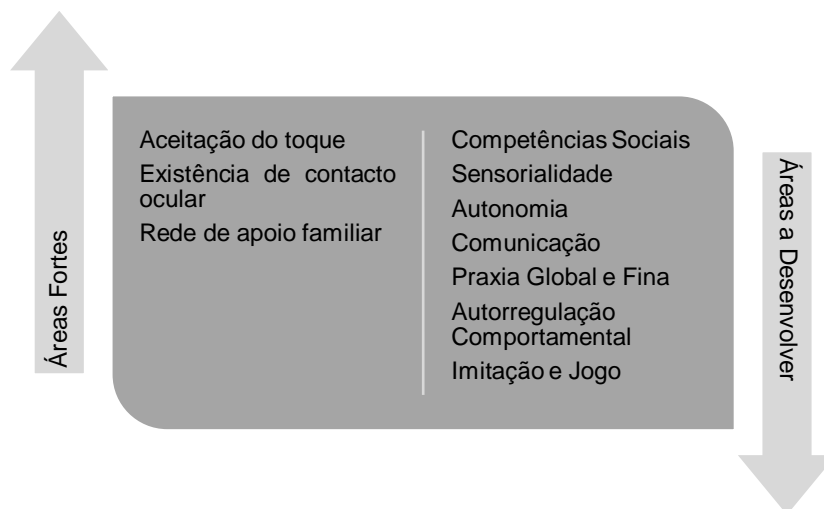
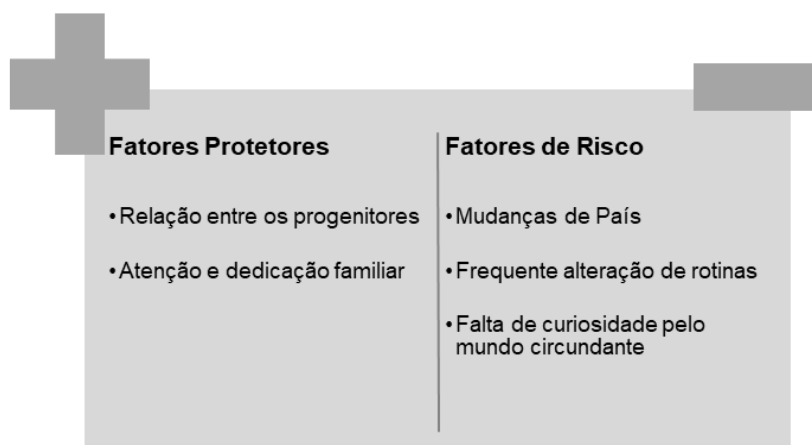


Figura 9 - Fatores Protetores vs Fatores de Risco



Objetivos Pedagógico-Terapêuticos Apurados

Serão de seguida discriminados os objetivos desenvolvidos ao longo da intervenção, tendo em conta os dados apurados acima, contudo, nem todos foram objeto de dedicação permanente ou específica. Sendo mais investido numa primeira fase a integração sensorial, depois a relação com os pares e estereotípias, praxia fina, cognição e autonomia. A nível das sessões no projeto YA, além da relação com os pares, foi potenciado o equilíbrio, praxia global e personalidade. E transversalmente a todas as sessões, a linguagem e comunicação foram sempre potenciadas.

Tabela 7- Objetivos pedagógico-terapêuticos MB

Áreas a Desenvolver	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais
Integração Sensorial	Melhorar a Integração Sensorial	Diminuir a reatividade aos estímulos sensoriais Adequar a exploração dos objetos	- ser capaz de manipular plasticina e semelhantes; - ser capaz de explorar novas texturas (e.g. feijão, algodão, areia,...); - ser capaz de reduzir a procura de informação vestibular
Tónus	Diminuir o tónus	Adequar o estado tónico às circunstâncias	- ser capaz de diminuir o estado tónico nas atividades; - ser capaz de permitir a modelação corporal
Lateralidade	Definir a lateralidade	Especialização a nível manual, pedal, auditivo e visual	- ser capaz de recorrer sempre à mesma mão na realização das tarefas; - ser capaz de recorrer sempre ao mesmo pé na realização das tarefas; - ser capaz de recorrer sempre à mesma orelha na realização das tarefas; - ser capaz de recorrer sempre ao mesmo olho na realização das tarefas

Noção do Corpo	Melhorar a noção e esquema corporal	Aumentar o conhecimento da noção e esquema corporais	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de apontar para duas partes do corpo a pedido; - ser capaz de apontar para cinco partes do corpo a pedido; - ser capaz de apontar para dez ou mais partes do corpo a pedido; - ser capaz de fazer “puzzle” com as partes do corpo (cabeça, tronco, braços, mãos, pernas e pés)
Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio	Promover o equilíbrio dinâmico	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de andar sobre a trave com ajuda - ser capaz de ir até meio da trave sem ajuda - ser capaz de permanecer no step de equilíbrio por 20 segundos com ajuda; - ser capaz de permanecer por 5 segundos no step de equilíbrio sem ajuda
Praxia Global	Melhorar a praxia global	Aumentar a Coordenação óculo-manual	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de acertar 1 em 5 tentativas com a bola ou objeto no arco/alvo; - ser capaz de acertar 3 em 5 tentativas com a bola ou objeto no arco/alvo;
		Aumentar a Coordenação óculo-pedal	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de controlar uma bola, com o pé, por 1 metro; - ser capaz de acertar com a bola na baliza 1 em 5 tentativas
		Aumentar a Coordenação Motora Global	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de saltar com pés juntos 3 vezes consecutivas; - ser capaz de saltar com pés juntos de um arco para o seguinte

Praxia Fina	Desenvolver a Praxia Fina	Promover as competências manipulativas	- ser capaz de explorar brinquedos por imitação; - ser capaz de segurar os materiais em pinça
		Promover a preensão e pinça motoras finas	- ser capaz de construir uma torre com 2 cubos; - ser capaz de construir um torre de 4 a 6 cubos;
		Promover a precisão do movimento motor fino	- ser capaz de construir uma torre com mais de 7 cubos; - ser capaz de desenhar frente-trás; - ser capaz de fazer desenho circular; - ser capaz de imitar linha transversal e/ou horizontal; - ser capaz de realizar uma figura humana perceptível
Autonomia	Melhorar a autonomia	Diminuir a dependência nas atividades de vida diárias	- ser capaz de se despir e vestir sozinha nas idas ao wc; - ser capaz de lavar as mãos sozinha; - ser capaz de cooperar na rotina de vestir e despir cada peça; - ser capaz de se calçar sem ajuda (calçado simples)
Linguagem e Comunicação	Aumentar as competências linguísticas e de comunicação	Aumentar a linguagem recetiva	- ser capaz de compreender instruções simples (e.g. STOP; Vem cá!; Não mexas aí.); - ser capaz de cumprir ordem com 2 instruções (e.g. Agarra a bola e traz aqui)
		Aumentar a comunicação/expressão	- ser capaz de se fazer entender; - ser capaz de realizar 2 ou 3 sons específicos;

			<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de realizar pelo menos 5 sons específicos a um objeto/pessoa/ação; - ser capaz de imitar sons; - ser capaz de acenar adequadamente para “sim”; - ser capaz de acenar adequadamente para “não”
Social	Aumentar as Competências Sociais	Melhorar as capacidades sociais	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de ajudar o outro quando solicitado; - ser capaz de ajudar o outro por iniciativa; - ser capaz de demonstrar interesse no outro; - ser capaz de procurar a relação com o outro; - ser capaz de estar durante 5 minutos em relação com o adulto; - ser capaz de estar durante 10 minutos em relação com o adulto; - ser capaz de se manter em relação com os pares por 5 minutos consecutivos - ser capaz de eleger pessoas de referência; - ser capaz de esperar a sua vez; - ser capaz de não adotar comportamentos agressivos para com o outro - ser capaz de lidar adequadamente com a frustração
	Atenuar Estereotipias	Promover comportamentos socialmente aceites	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de atenuar comportamentos auto e heteroagressivos; - ser capaz de diminuir movimentos repetitivos de objetos ou do seu corpo;

			- ser capaz de explorar adequadamente os objetos (não realizar exploração oral)
Cognição	Melhorar as competências cognitivas	Desenvolver a categorização	- ser capaz de apontar para a cor solicitada; - ser capaz de agrupar por cores diferentes (2; 4; + de 4); - ser capaz de agrupar por objetos
	Desenvolver as competências pessoais	Potenciar a construção da identidade	- ser capaz de ter iniciativa em atividades/jogos; - ser capaz de participar em atividades/jogos quando solicitado
		Melhorar o autocontrole comportamental	- ser capaz de manter a atenção por 2 minutos; - ser capaz de manter a atenção pelo menos 3 minutos; - ser capaz de manter a atenção 5 ou mais minutos; - ser capaz de se manter numa tarefa exigente (persistência)

Estratégias de intervenção

Durante a intervenção foram utilizadas as seguintes estratégias, para alcançar os objetivos traçados:

- Troca de estratégias com a família;
- Demonstração do potencial da criança à família (mais especificamente na autonomia);
- Imitação da criança;
- Recurso ao feedback verbal e reforço para a família;
- Demonstração e modelação dos jogos/atividades;
- Promoção de um ambiente seguro e estruturado;
- Recurso aos interesses e objetivos familiares;
- Reduzido recurso à linguagem verbal;
- Uso de objetos preferenciais para captar a atenção;
- Significação de movimentos/estereotipias;
- Informação simples, clara e direta, com pistas visuais óbvias;
- ...

Exemplos de atividades desenvolvidas no decorrer da intervenção:

Para cada um dos objetivos definidos, tendo em consideração as estratégias traçadas e características da criança, e respetiva família, dinamizou-se diversos exercícios/jogos para se alcançarem os mesmos. Fica de seguida alguns exemplos de atividades desenvolvidas no decorrer da intervenção psicomotora, para os objetivos propostos.

- Integração Sensorial: Máximo de informação vestibular possível, como recorrer à bola medicinal para colocar a criança de cabeça para baixo ou sugerir aos pais que a levem ao parque infantil baloiço/pendurar nas barras, entre outras atividades.

- Tónus: Relaxação e sugestão de recorrer a cobertores pesados, entre outros.
- Lateralidade: (Objetivo pouco explorado)
- Noção do corpo: Modelação, imitação e espelho para apontar para as partes do corpo; “puzzle” com imagem simples; tecnologia.
- Equilíbrio e Praxia Global: Circuitos/percursos no projeto YA.
- Praxia Fina: Modelação e imitação, jogos com legos, cubos, lúdico ou desenhos.
- Autonomia: Descalçar no início da sessão e calçar com o mínimo de ajuda no fim; vestir/despir o casaco com ajuda parcial; passagem de estratégias para usar no dia-a-dia (e.g. idas ao WC).
- Linguagem e Comunicação: Não realizar o que pretende sem antes se esforçar para se fazer entender (e.g. na relaxação com a manta, baloiço, se quer mais tem de esboçar um som similar à palavra “mais” = “más”).
- Social: Projeto YA; antecipar comportamentos padrão (estereotípicos), recurso ao “STOP”, ou transformação/substituição dos movimentos por outro socialmente mais adequado (no caso das estereotípicos).
- Cognição: Agrupar por cores; aumentar o tempo de atenção (Jogos de equilíbrio; redução de estímulos circundantes; não deixar abandonar a relação antes de ...); persistência (uso de objetos preferenciais, escondê-los, fazer jogo da “apanhada”).

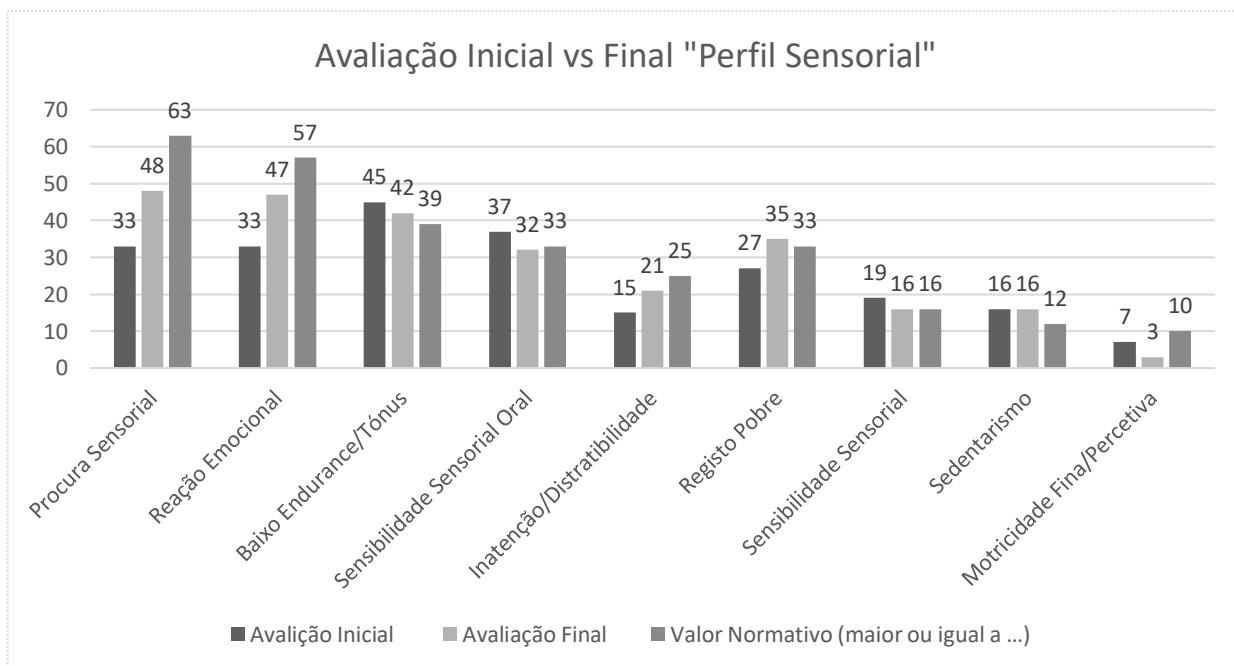
Análise dos resultados

De forma geral, com as avaliações realizadas observa-se que a criança manifestava dificuldades principalmente a nível social, na comunicação, procura sensorial e estereotípicos corroborando autores como APA (2013); Oviedo et al. (2015); Ferreira e Oliveira, (2016). E além destes, a praxia fina, cognição (competências pessoais e atenção) e sobretudo a autonomia também foram dos fatores com maiores dificuldades numa fase inicial.

No final da intervenção, passados 6 meses, voltaram-se a aplicar os instrumentos anteriores, permitindo assim realizar uma avaliação qualitativa e quantitativa dos resultados de intervenção.

Serão de seguida apresentados os resultados da intervenção realizada, bem como tiradas as devidas conclusões dos mesmos.

Figura 10 - Avaliação Inicial vs Final "Perfil Sensorial", Estudo de caso MB



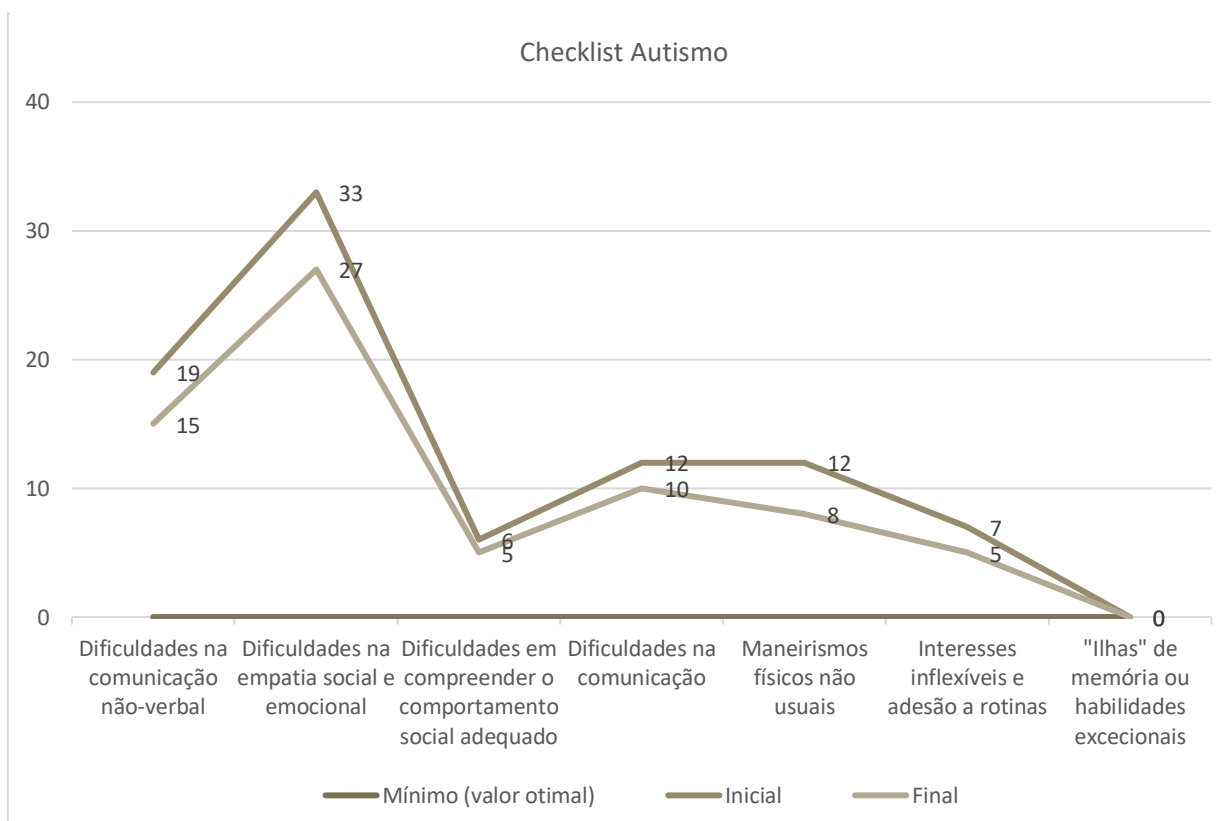
Como se pode observar no gráfico acima, a MB, na maioria dos fatores, tanto na avaliação inicial como na final, obteve um score inferior ao desejado (Anexo D4).

Contudo, parece ter havido evolução, desde o momento inicial na procura sensorial, reação emocional, inatenção/distratibilidade e no registo pobre (passando este a encontrar-se dentro dos valores normativos); considerando a mãe que a criança se mantém no mesmo nível de sedentarismo (sendo este domínio nos dois momentos avaliativos positivo).

Relativamente aos valores do tónus, sensibilidade oral, sensibilidade sensorial e motricidade fina, estes fatores foram pontuados de forma inferior ao momento inicial. Estes resultados estão diretamente relacionados com a observação em sessão e desmistificação/identificação de dificuldades e capacidades da criança, que possibilitaram

à mãe compreender melhor as questões deste teste. Por exemplo, na motricidade fina, a mãe tinha assinalado que a criança não tinha dificuldade em “Apresenta uma escrita ilegível”, mas isso não era por esta conseguir fazer a tarefa, uma vez que não sabe, mas sim por não ser uma dificuldade, já que não era expectável a sua realização. As alterações nos restantes domínios, poderão ser explicados pela alteração da rotina derivada à mudança de casa e cidade, com maior tempo de deslocações e outros aspetos, que aumentam a ansiedade e potenciam comportamentos indesejados, consequentemente (Henderson et al., 2011; APA, 2013; Stoppelbein et al., 2016; McAuliffe et al., 2018; National Autistic Society, 2018). O facto de o pai ter colaborado na avaliação final e não na inicial poderá ter influenciado os resultados.

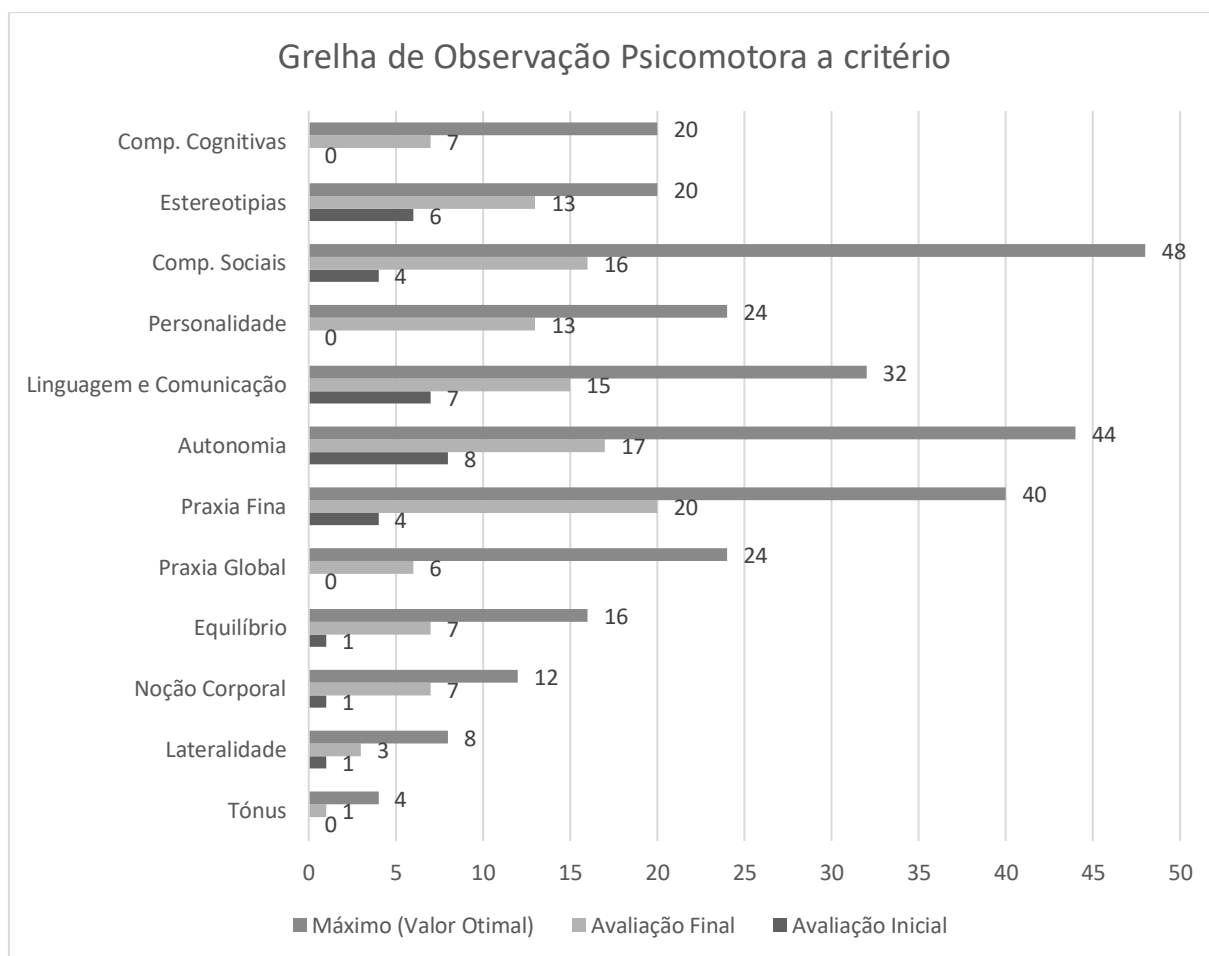
Figura 11 - Avaliação Inicial vs Final "Checklist Autismo", Estudo de caso MB



Na avaliação com a “Checklist Autismo” observam-se evoluções em todos os fatores avaliados (Anexo D2), à exceção de as “ilhas” de memória ou habilidades excepcionais que continuam sem ser observadas, tal como na primeira avaliação. Apesar destas evoluções, estes fatores continuam sem estar dentro do valor ideal. Sendo os fatores mais próximos do valor pretendido relativos às “dificuldades em compreender o

comportamento social adequado” e nos “Interesses inflexíveis e adesão a rotinas”. O fator com o score mais elevado (desadequado) é o das “dificuldades na empatia social e emocional”, no entanto, é também o fator onde se observou uma maior evolução desde a avaliação inicial, juntamente com os fatores “Dificuldades na comunicação não-verbal” e “Maneirismos físicos não usuais”.

Figura 12- Avaliação Inicial vs Final "Grelha de Observação Psicomotora a critério", Estudo de caso MB



Também na grelha aplicada com avaliação a critério, se observaram melhorias nos 12 fatores avaliados, apesar de nenhum se aproximar dos valores máximos, como já seria de esperar tendo em conta a problemática e a avaliação inicial.

Relativamente à avaliação final em comparação à inicial, os fatores com melhores evoluções são o da personalidade, praxia fina e competências sociais; em contrapartida os valores com menores ganhos foram a nível do tónus e lateralidade. A última pode ser explicada com o facto de não ter sido uma prioridade estipulada; já no que diz respeito ao

tónus, este teria tido um valor diferente caso tivesse a avaliação realizada por exemplo a meio da intervenção, tal como no fator das estereotípias, por exemplo; isto porque nesta última fase o contexto da criança sofreu alterações, como fora mencionado acima, a crescer às alterações já existentes de alternância entre a casa da mãe e do pai, que por sua vez, nem sempre foram constantes e pela mesma duração, e onde as rotinas e estilos de educação eram dispares, sendo o pai mais permissivo (havendo menor estruturação do contexto) que a mãe, por exemplo. Corroborando esta ideia temos autores como Henderson et al., (2011); APA (2013); Stoppelbein et al., 2016; McAuliffe et al., 2018; National Autistic Society (2018).

Relativamente ao Modelo Denver, se este tivesse sido utilizado nesta intervenção, de forma qualitativa, uma vez que este é direcionado a crianças até aos 5 anos as principais evoluções estavam relacionadas com a comunicação recetiva, atenção conjunta, competências sociais e motricidade fina (Em anexo: D9).

Por último, analisando a conquista ou não dos objetivos traçados, podemos afirmar que apesar de se observarem evoluções em todas as áreas. Os fatores com maiores evoluções nos seus subfactores foram os da Integração Sensorial, Tónus e Noção do Corpo, e em contrapartida os que necessitam de maior investimento os relativos aos domínios social e cognitivo (mas são dos objetivos que observam mais evoluções, em conjunto com a Praxia Fina, contudo, são os que tinham mais subfactores a satisfazer). Existiu assim, uma melhoria total em cerca de 45,15% dos objetivos traçados. Pode-se de forma sintetizada fazer um balanço pela seguinte tabela. Consultar no anexo D7 os resultados obtidos nos objetivos traçados.

Tabela 8 - Síntese e análise final dos objetivos de intervenção

Área	Objetivos alcançados	Obtido/ máximo possível
Integração Sensorial	Observam-se evoluções positivas na manipulação de plasticina e semelhantes texturas e especialmente na diminuição da procura de informação vestibular.	7/12

Tónus	O estado tónico é mais adequado, observável em 50% do tempo, e já existem momentos com facilidade na modelação corporal.	3/8
Lateralidade	Não foi investido o desenvolvimento da lateralidade auditiva e visual, mas na manual e pedal, já existe maior consistência de lado, observável em mais de metade do tempo.	5/16
Noção do Corpo	A criança já consegue apontar para 5 partes do corpo diferentes 75% do tempo. Os puzzles, que implicam também estruturação espacial, a criança ainda revela dificuldades, precisando de ajuda parcial.	8/16
Equilíbrio	Já se observa capacidade de percorrer a trave de início ao fim com ajuda parcial e consegue manter-se, por 20 segundos consecutivos com auxílio, no step de equilíbrio, 75% das vezes.	7/16
Praxia Global	Ainda existe dificuldades significativas neste domínio, devidas à falta de interesse.	6/24
Praxia Fina	As principais evoluções estão relacionadas com a imitação e reprodução de torres de até 6 cubos 75% do tempo. No desenho o desempenho foi mais consistente, mas ainda é bastante inferior ao expectável para a faixa etária.	20/36
Autonomia	Esta área foi mais investida a partir do meio da intervenção, e apesar de já haver melhorias no contexto em especial, proporcionando mais oportunidades à criança, esta ainda precisa de ser intensamente desenvolvida.	7/16

Linguagem e Comunicação	Existe ainda lacunas relevantes nesta área a nível global, contudo, existiu uma boa evolução a nível da compreensão de instruções simples e ainda se observou o aumento do interesse em se tentar fazer entender, por parte da criança e na realização de mais de 3 sons específicos “Bé” = é meu, “Bah” = WC, “Más” = quero mais e começam a surgir também o “É mê = é meu, Ma (mãe), mãe (avó) e o “Dá”.	16/28
Social	Este domínio precisa de continuar a ser promovido, existindo ainda elevado desinteresse pelos pares em especial; no entanto, houve evoluções na capacidade de esperar a vez e na agressividade, especialmente. Observam-se ainda evoluções na agressividade e movimentos repetitivos, apesar de a manipulação dos objetos ainda ser estereotipada na maioria do tempo.	24/56
Cognição	Existiram evoluções significativas nesta área, passando a criança a conseguir identificar cores básicas 50% do tempo, mas principalmente, categorizar por cores, mais de metade das vezes. Observam-se aqui também melhoras favoráveis a nível da atenção, por períodos até pouco mais de 3 minutos consecutivos e especialmente na participação nas tarefas/jogos.	18/40

Sintetizando, esta intervenção teve como principais conquistas fatores como a Integração Sensorial, Tónus e Noção do Corpo sendo que comprova as ideias defendidas por Rogers et al. (2015), que mencionam que uma intervenção precoce, em contexto familiar tem benefícios para a criança com PEA. Acrescentando ainda que a intervenção a nível psicomotor dá um contributo essencial neste contexto, uma vez que pelo lúdico

potência as competências sociais, emocionais, autonomia, tolerância à frustração, entre outros, segundo Costa (2008).

Contudo, é importante referir que a limitação de resultados associa-se à insuficiência em frequência e duração da intervenção, ao que é vivamente recomendado a continuação ininterrupta de uma intervenção em conjunto com esta família, com vista a potenciar ao máximo as capacidades desta criança, tal como as competências parentais, continuando a fornecer estratégias revelantes em cada fase da evolução da criança, bem como nas possíveis regressões da mesma, e a apoiá-la (rede de apoio). A nível da terapia da fala é também urgente a colaboração mais ativa com outros terapeutas e família com vista a melhores resultados.

Refere-se ainda que é muito importante que exista maior estabilidade nas rotinas da criança, potenciando alguma previsibilidade e atenuando assim momentos de ansiedade que levam a comportamentos mais desadequados, corroborado por Henderson, Barry, Bader e Jordan, 2011; Stoppelbein, Biasini, Pennick e Greening, 2016; McAuliffe, Thomas, Vaz, Falkmer e Cordier, 2018 e; National Autistic Society, 2018. Por último, recomenda-se vigorosamente a procura de uma atividade semelhante à desenvolvida no Projeto YA, para que a criança possa continuar a evoluir a nível motor e social.

Atividades complementares

Projeto YA

O Special Olympics, que surgiu a partir de um acampamento de verão para pessoas com deficiência, "Acampamento Shriver", em 1962, com o intuito de explorar as capacidades desportivas de crianças com deficiência, foi fundado nos Estados Unidos por Eunice Shriver, pioneira a nível mundial na defesa dos direitos e inclusão das pessoas com DID, motivada pela sua irmã, que sofria da problemática (Young Athletes Special Olympics, s.d.). Esta iniciativa, segundo os mesmos autores, cresceu rapidamente e em 1968 realizaram-se os primeiros Jogos Olímpicos Especiais, em Chicago; e assim, nasceu o movimento que hoje tem existência por todo o mundo, abrangendo mais de 5 milhões de pessoas com DID atualmente, e estando presente em 174 países.

Em Portugal, o Special Olympics chegou apenas em março de 2001 pela Dr.^a Maria de Jesus Barrosos Soares (Young Athletes Special Olympics.Portugal, s.d.).

Este projeto, possibilita a crianças, jovens e adultos com DID oportunidades de desenvolvimento de capacidade motoras, fomentando a partilha, a amizade, a alegria e o cultivar de exemplos de coragem e inclusão, através do treino de competências desportivas a nível olímpico/competição; em mais de 30 desportos; contando com um número altíssimo de voluntários para o seu funcionamento (superior a 1 milhão).

Em 2006 surge o projeto piloto Special Olympics Young Athletes, tratando-se de um programa desportivo e lúdico para crianças com e sem DID, com idades entre 3 e os 8 anos de idade, e as suas respetivas famílias. Onde os objetivos são a introdução de habilidades básicas, como correr, chutar e lançar e inculcar hábitos de uma vida saudável, ligada ao desporto. Além disso, pode-se desde aqui identificar possíveis talentos para posterior integração nos treinos para competição nas Special Olympics. Contudo, é o enriquecimento da participação das famílias no projeto que é a chave para o seu sucesso, uma vez que as mesmas podem observar as reais capacidades das crianças e adquirir estratégias que podem aplicar no seu dia-a-dia para potenciar o desenvolvimento da criança e criar momentos de qualidade em conjunto com as mesmas.

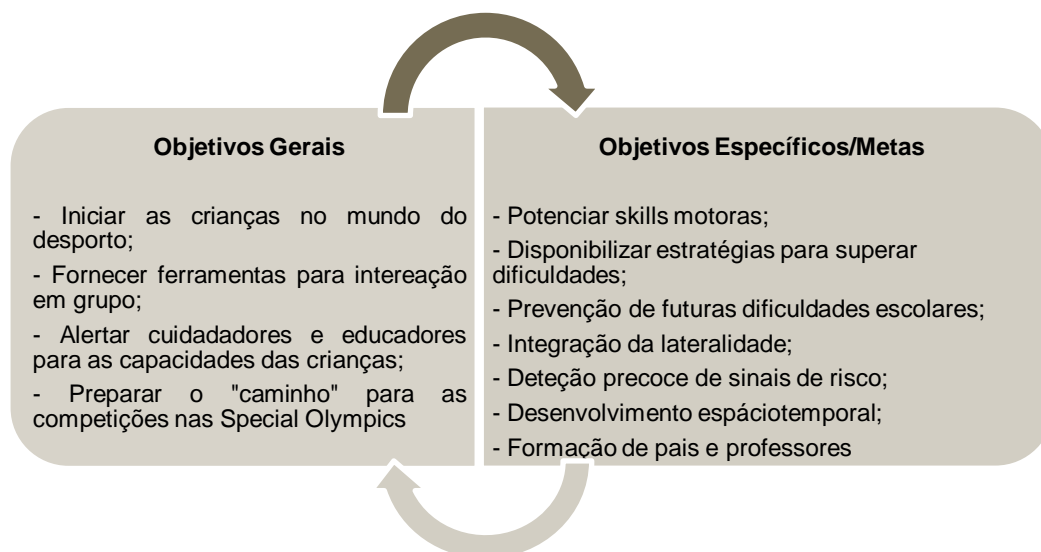
Para este projeto são necessários professores e voluntários, possibilitando a concretização do mesmo.

Foi apenas em 2015 que este projeto (YA) emergiu. Tendo origem em Sesimbra, com o apoio da Cercizimbra, onde tem sido dinamizado desde aí na freguesia da Quinta do Conde. Tentou-se implementar o mesmo em Sesimbra, mas não existiu adesão suficiente. Desde então, tem-se tentado alargar o projeto a outros pontos do país, mas até então, apesar de já ter sido dada formação a algumas pessoas e requerido alguns materiais, ainda não se conseguiu a replicação do projeto como desejado. Neste momento está a tentar-se uma parceria em Lisboa. Para este projeto se realizar é essencial a parceria com a ELI, sendo a mesma quem encaminha os casos.

Infelizmente, em Portugal, a dinâmica inclusiva do projeto é pouco observada, sendo que além das crianças com DID apenas se encontram os irmãos das mesmas a frequentar o projeto. Este é dinamizado no ginásio da Escola EB1 JI Pinhal do General, na Quinta do Conde (Sesimbra), cedido pela mesma. Sendo dinamizado por uma Psicomotricista do CRI da Cercizimbra, e contando este ano com a minha colaboração enquanto estagiária e também em algumas sessões de outro estagiário (de Licenciatura).

Sendo definidos como objetivos, em Portugal, os seguintes:

Figura 13 - Objetivos gerais e específicos projeto YA

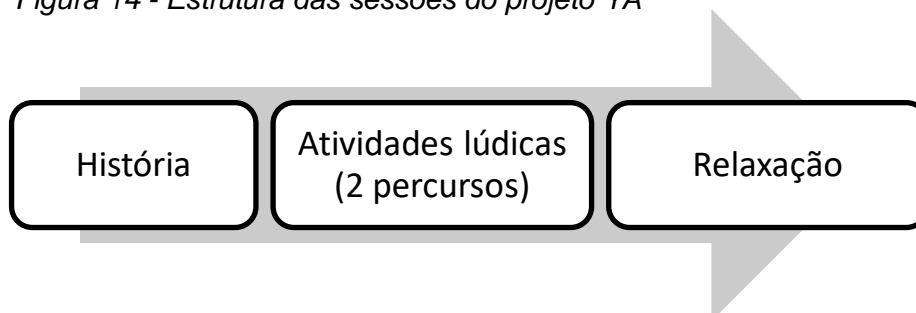


Este ano, frequentaram as aulas 14 crianças, sendo 11 dessas do sexo masculino, e apenas 2 não tinham qualquer diagnóstico. As crianças estavam compreendidas na faixa etária entre os 3 e os 8 anos de idade. Estas crianças frequentaram as sessões uma vez por semana, estando divididas em dois grupos, e foram acompanhadas por um familiar, em que o principal intuito é passar estratégias e dar exemplo de atividades que podem e devem replicar com as crianças ao longo da semana, de certa forma.

As sessões implicavam o seu planeamento prévio, adequado às necessidades das crianças, preocupações parentais, mas também aos interesses de ambos, realizado em alternância com a Psicomotricista que estava à frente do projeto; e posteriormente às sessões semanais realizei também um relatório das mesmas (exemplos nos anexos P e Q).

A estrutura das sessões foi a seguinte:

Figura 14 - Estrutura das sessões do projeto YA



Observou-se que os grupos evidenciavam dificuldades a nível global, sendo as principais dificuldades referidas pelas famílias, e elegidas como mais-valias no final do ano inclusive, estavam relacionadas às capacidades sociais (e.g. interação social e esperar a vez) e competências cognitivas (e.g. lidar com frustração). Além destes aspetos mais gerais importantes no dia-a-dia, também aspetos escolares foram mencionados por algumas educadoras, mais concretamente a motricidade fina e tempo de atenção/concentração, potenciados pelos exercícios motores e lúdicos realizados. Também o equilíbrio foi um dos fatores com evoluções observáveis na maioria das crianças.

A adesão ao projeto foi bastante positiva bem como cooperação das famílias e assiduidade, na maioria dos casos. Foram dinamizadas um total de 56 sessões (28 em cada grupo de crianças).

Tentou-se realizar uma avaliação final do projeto junto dos pais, contudo, nem todos colaboraram na mesma de forma formal (apenas 8 responderam ao questionário), apesar de o balanço que nos deram ter sido bastante positivo, e merecedor de elogios. Respostas ao questionário em anexo (R).

Grupo dos Faladores

Além do projeto anterior, também tive oportunidade no decorrer deste estágio académico, de fazer parte do “Grupo dos Faladores”, em colaboração com a Terapeuta da Fala da ELI, com vários anos de experiência, que foi sem dúvida uma mais-valia na minha aprendizagem e visão de um trabalho em equipa, de forma transdisciplinar. Caracteriza-se por um grupo de estimulação da linguagem, em que as famílias (adultos e crianças) têm uma atividade lúdica conjunta que proporciona modelos estimulantes do desenvolvimento da criança, em especial da linguagem, aumentando assim as competências parentais.

Este grupo é direcionado a famílias em atendimento pela ELI de Sesimbra, cujas crianças revelem alguma dificuldade a nível da linguagem/comunicação, potenciando as competências dessas famílias e melhorar assim o desenvolvimento das suas crianças, a nível da linguagem (e não só).

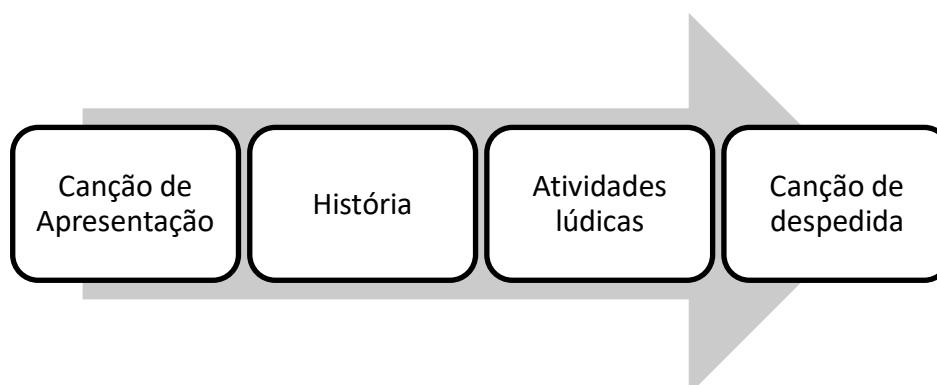
Também este projeto teve uma periodicidade bissemanal, com quatro grupos de crianças. Sendo dois dinamizados em Sesimbra, na UIAI e os outros no CIPA, na Quinta do Conde.

Os grupos eram mistos, e o máximo possível construídos de forma ajustada às dificuldades, às necessidades, e objetivos nos PIIPs. Tendo sido delineados os seguintes objetivos:

- Reforçar as competências do contexto familiar relativas aos processos de comunicação/linguagem;
- Proporcionar sessões que sejam um modelo de contexto estimulante;
- Aumentar a autoconfiança das crianças e dos seus familiares;
- Promover a partilha e apoio entre as famílias;
- Aumentar o vocabulário e melhorar o discurso;
- Apoiar, aconselhar e orientar as famílias;
- Melhorar a interação com os pares.

A estrutura das sessões era a seguinte:

Figura 15- Estrutura da sessão "Grupo dos Faladores"



Formação “Promoção do Neurodesenvolvimento do pré-termo: O Hospital e as Equipas de Intervenção Precoce”

A 17 de novembro participei na formação “Promoção do Neurodesenvolvimento do pré-termo: O Hospital e as Equipas de Intervenção Precoce”, tendo esta lugar no encontro entre o Centro Hospitalar Barreiro Montijo e as Equipas de Intervenção Precoce.

O objetivo era “fomentar o intercâmbio de saberes entre os profissionais do Hospital e das Equipas de Intervenção Precoce. Pretende-se promover boas práticas para otimização do Neurodesenvolvimento do pré-termo bem como do processo de adaptação da família.”

O programa/temas abordados foram os seguintes:

- Sistema Nacional de intervenção Precoce e prematuridade: Importância e Potencialidades. (Dr.^a Maria do Carmo Vale (SNIPI LVT))
- Prematuridade e Neurodesenvolvimento - a vivência da Unidade de Neonatologia do CHBM. (Enf.^a Liliana Mendes e Enf.^a Manuela Magalhães (Unidade Neonatologia))
- A Equipa de Intervenção Precoce na promoção do Neurodesenvolvimento do Pré-termo - abordagem focada na família. (Elementos das Equipas de Intervenção Precoce.)
- A Consulta Hospitalar de recém-nascidos com fatores de risco peri-natal para problemas do Neurodesenvolvimento. (Dr.^a Joana Extreia (Pediatra CHBM))
- Estratégia para otimização do processo de autonomia alimentar. (Sandra Ramos (Terapeuta da Fala CHBM)).
- Estimulação motora e cognitiva do pré-termo. (Fátima Pereira/Cristina Brandão (Fisioterapia CHBM))

Este momento formativo foi bastante enriquecedor, e ajudou relativamente às principais dificuldades que estava a sentir no estágio. A lacuna na formação em idades muito precoces.

Documentos de Apoio à família

Além das estratégias referidas às famílias e contexto escolar nos momentos de reunião, optou-se por elaborar alguns folhetos para poderem ser entregues, a ajudar num maior número de contextos, com atividades exemplo para reforçar as problemáticas mais referidas, sendo construídos então 3 documentos:

- “Melhorar a relação com o lápis” – cujo objetivo é desenvolver as dificuldades relacionadas com a motricidade fina;
- “Estratégias para reduzir a agitação motora” – com o intuito de facultar algumas ideias simples para crianças “agitadas”;
- “Férias de Verão com as crianças” – onde o objetivo foi sugerir alternativas às famílias para realizarem durante os 3 meses de férias escolares, potenciando a manutenção e estimulação de novas aprendizagens.

Os três documentos encontrar-se-ão em anexo (M, N e O).

Organização e Apresentação no V Encontro de Intervenção Precoce de Lisboa e Vale do Tejo

Após o I Encontro de Intervenção Precoce de Lisboa e Vale do Tejo (s.d.), o 2º em Alcochete (2013), com o tema “IPI para quem? A elegibilidade na IPI“, o 3º em Santarém (2014), com a temática “O Impacto da IPI nos Contextos Naturais de Vida – Famílias, Crianças e Técnicos” e o 4º em Lisboa (2015) direcionado à apresentação do manual “Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um Guia para Profissionais”, foi a vez da Equipa de Intervenção Precoce de Sesimbra dar a “casa” e receber o V Encontro de IPI de Lisboa e Vale do Tejo, com o tema: “Intervenção Precoce e Família – Múltiplos Olhares” realizado no Cineteatro Municipal João Mota, em Sesimbra, no dia 27 de abril de 2018, com a duração de 8 horas.

Além de ter tido o privilégio de fazer parte da organização deste encontro, tendo tido a oportunidade de conhecer e ouvir várias pessoas com vastos anos de experiência e interesse, foi-me ainda proposto participar na apresentação do “Grupo dos Faladores”, referido anteriormente, tendo sido uma experiência bastante enriquecedora, onde se pode reforçar especialmente a importância de uma intervenção em parceria com a família,

passando estratégias concretas que potenciam o desenvolvimento da linguagem, comunicação, e não só, das suas crianças. (Apresentação em anexo: T)

Dificuldades e limitações

Ao longo do estágio as principais dificuldades sentidas foram a nível do suporte teórico adquirido tanto em Licenciatura como em Mestrado relativamente à intervenção com bebés, em especial, sentindo não ter as ferramentas necessárias, numa primeira fase, para uma intervenção segura e estruturada, tendo assim sido em simultâneo um dos maiores riscos e aprendizagens deste estágio, que se poderia ter transformado numa barreira imensa se não existisse o suporte a nível local que existiu.

Também a localização do estágio pode ser considerada uma dificuldade, sendo este fora de Lisboa, acaba por dificultar a nível teórico a construção do relatório de estágio, mais concretamente a consulta de documentos científicos; e implicou deslocações em veículo próprio entre locais de intervenção. A duração, frequência e mesmo intensidade da intervenção, como já fora referido, foram também limitadores das evoluções desejadas para os casos acompanhados.

Não diretamente relacionado com a intervenção e aquisições propriamente ditas, uma das dificuldades sentidas em equipa são os recursos humanos, onde a equipa é muito pequena para atender às necessidades da população abrangida. Além de reduzida, a equipa apenas conta com 4 elementos fixos, o que implica anualmente a apresentação de novas pessoas às famílias e o estabelecimento de novas ligações/relações.

Senti ainda falta de cooperação com a família, em alguns casos, onde apenas existiram 3 momentos de reunião, que acaba por condicionar as evoluções, por ausência de replicação em casa, apesar de serem sempre passadas estratégias nos encontros; isto é condicionado pelas suas automotivações. Sendo este um dos principais desafios, a gestão e responsabilidade de intervir num contexto de IPI, onde a família é dos principais intervenientes.

A falta de experiência foi uma limitação inicial, em especial com a PEA, onde nunca tinha tido a oportunidade de intervir com um caso tão grave. O que remete para o estudo de caso selecionado, que foi o mais desafiante e por isso também o mais gratificante deste projeto; aqui além do referido anteriormente relativamente à experiência, considero que me

faltou fazer mais perguntas relevantes que enriquecessem o conhecimento da criança, como a relação com os filhos do padrasto, com quem ficava na Islândia, entre outros.

A nível pessoal, a principal dificuldade foi a conciliação do trabalho em estágio, em intervenção direta ou não, com a realização do relatório teórico.

Conclusão

Durante todo este processo de aprendizagem foi elementar a aplicação prática dos conhecimentos que foram sendo adquiridos ao longo do procedimento formativo. O consolidar dos conhecimento permitiu adquirir a segurança necessária para desenvolver um trabalho autónomo, sendo que foi importante conseguir fazer a ligação do aprendido e vivenciado com cada situação/momento em questão, procurando sempre olhar de forma global para cada criança, tendo-a como ser individual, portadora da sua própria história, resultado de um contexto único e com características singulares, e por esse motivo devemos aceitá-la tal como ela é, respeitando-a, sendo acríticos.

É de facto gratificante ir observando a evolução de semana para semana em cada criança, perceber que em cooperação com a família, escola e outros elementos de referência consegue-se potenciar a intervenção com a criança, onde conseguimos construir as ferramentas que esta necessita para promover o seu potencial, ao nível de um desenvolvimento típico, ajudando-a a ser mais autónoma, mais hábil, com mais confiança em si, alcançar melhores competências relacionais/sociais e obter a capacidade de lidar e resolver os seus próprios problemas, isto sempre numa intervenção próxima, de confiança e empática, que permita a existência de momentos de partilha e cooperação.

Este estágio curricular foi fundamental para a minha formação enquanto psicomotricista na possibilidade de adquirir conhecimentos junto de pessoas que já estão há vários anos no trabalho direto, deixou-me mais alerta e competente para identificar sinais/indicadores de risco na criança e na família e a construir uma intervenção contextualizada e inclusiva.

Trata-se simplesmente do início de tudo, contudo, foi muito importante para perceber como poderia reagir em função das características de cada criança e respetiva família, mas hei de estar sempre a aprender durante o caminho que ainda me falta percorrer para que melhor consiga ajudar os outros. Fica, no entanto, a certeza inquestionável da importância do contexto e do trabalho contextualizado.

Em relação ao estudo de caso exposto (M.B.), tal como eu, ainda tem algum caminho a percorrer até atingir o seu pico de desenvolvimento, sendo para isso também necessário um ambiente familiar mais estável. Ao que é de extrema urgência que esta criança se mantenha com este tipo de ajuda especializada evitando que os fatores de risco condicionem mais drasticamente o desenvolvimento desta e continuando a promover as

áreas menos fortes, pelo que se aconselha uma intervenção no contexto familiar e com grande articulação com o meio escolar e com outros técnicos, ainda mais sendo um ano de transição para o 1º ciclo. Atividades em pequeno grupo, de carácter motor, também são recomendadas.

Bibliografia

- Adelantado, P. P. B. (2008). El contenido de la Psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico1. *Revista Electronica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2), 19-34. ISSN 0213-8646
- Afonso, J. A., & Moreno Afonso, J. A. M. (2005). A educação especial em Portugal. Uma memória do movimento associativo dos pais de cidadãos deficientes: as Cooperativas de Educação e Reabilitação (CERCIS). *Educar em Revista*, (25).
- Almeida, A. (2013). Psicomotricidade: jogos facilitadores de aprendizagem. *Viseu: Psicomossoma*.
- Almeida, I. C. D. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade. *Análise Psicológica*, 22(1), 65-72. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*, 34(1), 74-183.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"?. *Cognition*, 21(1), 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., ... & Damiano, D. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental medicine and child neurology*, 47(8), 571-576. doi:10.1017/S001216220500112X
- Bebé Prematuro: O que é um bebé prematuro? (s.d.) Em Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro. Retirado a 13 de janeiro de 2019, de <http://www.xxs-prematuros.com/>
- Bellman M, Lingam S, Aukett A. (1996). *Schedule of Growing Skills II: Manual do utilizador*. London: NFER Nelson Publishing Company Lda. 1.^a ed.
- Bonis, S. A., & Sawin, K. J. (2016). Risks and protective factors for stress self-management in parents of children with autism spectrum disorder: an integrated review of the literature. *Journal of pediatric nursing*, 31(6), 567-579. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.08.006>

Borges, S. P. (2015). *Psicomotricidade e saúde mental infantil no Centro Doutor João dos Santos, Casa da Praia* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.5/6857>

Bostock, E., Kirkby, K. C., & Taylor, B. V. (2017). The current status of the ketogenic diet in psychiatry. *Frontiers in psychiatry*, 8, 43. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00043>

Branco, M.E. (2000). *Vida, Pensamento e obra de João dos Santos*. Ed. Livros Horizonte.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. *Handbook of child psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>

Cercizimbra (2015a). Quem Somos. Retirado a 4 de novembro de 2017 de <http://cercizimbra.org.pt/quem-somos/>

Cercizimbra (2015b). Intervenção Precoce. Retirado a 4 de novembro de 2017 de <http://cercizimbra.org.pt/stip/>

Core concepts in the science of early childhood development. Retirado a 11 de abril de 2018, de <http://sanctuaryweb.com/Portals/0/2016%20PDFs/ACEs/Core%20Concepts%20in%20the%20Science%20of%20Early%20Childhood%20Development.pdf>

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

Cruz, V. (2014). Desenvolvimento cognitivo e aprendizagem da matemática. *Análise Psicológica*, 32(1), 127-132. <http://dx.doi.org/10.14417/ap.839>

Cunha, A. J. L. A. D., Leite, Á. J. M., & Almeida, I. S. D. (2015). The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *Jornal de pediatria*, 91(6), S44-S51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.07.002>

da Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*.

da Fonseca, V., & Martins, R. F. R. (2001). *Progressos em psicomotricidade*.

de Castro, N. M. (2018). Escalas de avaliação motora para indivíduos com paralisia cerebral: artigo de revisão. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 17(2). doi: 10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p18-31

de Sá, F. E., Nunes, N. P., Gondim, E. J. L., de Almeida, A. K. F., de Alencar, A. J. C., & Cardoso, K. V. V. (2017). Intervenção parental melhora o desenvolvimento motor de lactentes de risco: série de casos. *Fisioterapia e Pesquisa*, 24(1), 15-21. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/15828624012017>

de Serpa Pimentel, J. V. Z. (2003). Intervenção focada na família: desejo ou realidade: percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias. ISSN: 972-9301-85-9

Decreto-Lei n.º 281/2009. Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação. Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 6 de outubro de 2009, 7298-7301.

Decreto-Lei n.º 293/2013. Ministérios da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 1.ª série — N.º 186/2013 — 26 de setembro de 2013, 5946-5953.

Decreto-Lei n.º 3/2008. Ministério da Educação, 1.ª série — N.º 3/2013 — 7 de janeiro de 2007, 154-164.

Deep, A., & Jaswal, R. (2017). Role of management & virtual space for the rehabilitation of children affected with cerebral palsy: A review. In 2017 4th International Conference on Signal Processing, Computing and Control (ISPCC) (pp. 293-299). IEEE. doi: 10.1109/ISPCC.2017.8269692

Definition of Intellectual Disability. (n.d.). Retirado a 9 de outubro de 2018 de <https://aaid.org/intellectual-disability/definition>

Despacho-Conjunto n.º 891/99. Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2.ª série — N.º 244 — 19 de outubro de 1999, 15556-15568.

Diane E. Papalia e Ruth Duskin Feldman, 12ª Edição. (2013). *Desenvolvimento Humano*. Brasil: AMGH Editora Ltda.

Division for Early Childhood. (2014). DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014.

Dunn, W. (1999). *Sensory profile: User's manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

En Breve: El Impacto de la Adversidad Durante la Infancia Sobre el Desarrollo de los Niños. Retirado a 11 de abril de 2018, de <https://developingchild.harvard.edu/translation/en-breve-el-impacto-de-la-adversidad-durante-la-infancia-sobre-el-desarrollo-de-los-ninos/>

Estes, A., Munson, J., Rogers, S. J., Greenson, J., Winter, J., & Dawson, G. (2015). *Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(7), 580-587. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.04.005>

European Agency for Development in Special Needs Education (2011). *Intervenção Precoce na Infância (IPI) – Orientações para as políticas*. Retirado de https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-key-policy-messages_ECI-policypaper-PT.pdf

Falcão, H. T., & Barreto, M. A. M. (2009). Breve histórico da psicomotricidade. *Ensino, Saude e Ambiente Backup*, 2(2). ISSN 1983-7011

Ferreira, X., & Oliveira, G. (2016). Autismo e Marcadores Precoces do Neurodesenvolvimento. *Acta Medica Portuguesa*, 29(3). doi: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6790>

Filipe, C. (2012). *Autismo: conceitos, mitos e preconceitos*. Lisboa: Verbo.

Fox, S. E., Levitt, P., & Nelson III, C. A. (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child development*, 81(1), 28-40. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x>

Franco, V., & Apolónio, A. M. (2009). Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo-Criança, família e comunidade. <http://hdl.handle.net/10174/1787>

Franco, V., & Apolónio, A. M. (2010). ODIP-Organização diagnóstica em Intervenção Precoce, versão portuguesa. Évora: Universidade de Évora. ISBN: 978-989-96400-3-0

Freud, S. (1926). Psycho-analysis. *TO THEORIES OF*, 11.

Friedmann, N., & Rusou, D. (2015). Critical period for first language: the crucial role of language input during the first year of life. *Current Opinion in Neurobiology*, 35, 27-34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.conb.2015.06.003>

Fusaroli, R., Weed, E., Fein, D., & Naigles, L. (2019). Hearing me hearing you: Reciprocal effects between child and parent language in autism and typical development. *Cognition*, 183, 1-18. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2018.10.022>

Geddes, L. (2015). The big baby experiment. *Nature News*, 527(7576), 22. doi: [doi:10.1038/527022a](https://doi.org/10.1038/527022a)

Greenspan, S. I. (2001). The affect diathesis hypothesis: The role of emotions in the core deficit in autism and in the development of intelligence and social skills. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 5(1), 1-45.

Gronita, J., Bernardo, A. C., Marques, J., Matos, C., & Pimentel, J. (2011). Intervenção precoce: o processo de construção de boas práticas: relatório final. <http://hdl.handle.net/10400.2/7364>

Gronita, J., Pimentel, J., Bernardo, A. C., Matos, C., & Marques, J. (2016). *Os nossos filhos são... diferentes: como podem os pais lidar com uma criança com deficiência*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Guastella, A. J., & Hickie, I. B. (2016). *Oxytocin Treatment, Circuitry, and Autism: A Critical Review of the Literature Placing Oxytocin Into the Autism Context*. *Biological Psychiatry*, 79(3), 234–242. doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.06.028>

Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18.

Guralnick, M. J. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. *The developmental systems approach to early intervention*, 1, 3-28.

Guralnick, M. J. (2007). The system of early intervention for children with developmental disabilities. In *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 465-480). Springer, Boston, MA. doi: [10.1007/0-387-32931-5_24](https://doi.org/10.1007/0-387-32931-5_24)

Hadjkacem, I., Ayadi, H., Turki, M., Yaich, S., Khemekhem, K., Walha, A., ... & Ghribi, F. (2016). Prenatal, perinatal and postnatal factors associated with autism spectrum

disorder. *Jornal de pediatria*, 92(6), 595-601. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.01.012>

Hambly, C., & Fombonne, E. (2014). Factors influencing bilingual expressive vocabulary size in children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1079-1089. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.05.013>

Hamilton, A. F. D. C. (2013). Reflecting on the mirror neuron system in autism: a systematic review of current theories. *Developmental cognitive neuroscience*, 3, 91-105. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2012.09.008>

Hamilton, A. F. D. C., Brindley, R. M., & Frith, U. (2007). Imitation and action understanding in autistic spectrum disorders: how valid is the hypothesis of a deficit in the mirror neuron system?. *Neuropsychologia*, 45(8), 1859-1868. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2006.11.022>

Han, J., Zeng, K., Kang, J., Tong, Z., Cai, E., Chen, H., ... & Li, X. (2017). Development of brain network in children with autism from early childhood to late childhood. *Neuroscience*, 367, 134-146. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2017.10.015>

Hannant, P. (2018). Receptive language is associated with visual perception in typically developing children and sensorimotor skills in autism spectrum conditions. *Human movement science*, 58, 297-306. doi: <https://doi.org/10.1016/j.humov.2018.03.005>

Hannell, G. (2013). *Identifying Special Needs: Checklists for profiling individual differences*. Routledge.

Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(1), 5-25. doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>

Henderson, J. A., Barry, T. D., Bader, S. H., & Jordan, S. S. (2011). The relation among sleep, routines, and externalizing behavior in children with an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(2), 758-767. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.09.003>

Henderson, S. E., Sugden, D. A., & Barnett, A. L. (2007). *Movement Assessment Battery for Children-2: MABC-2*. Pearson Assessment.

Inguaggiato, E., Sgandurra, G., & Cioni, G. (2017). Brain plasticity and early development: Implications for early intervention in neurodevelopmental disorders. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(5), 299-306. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.03.009>

Ismail, F. Y., Fatemi, A., & Johnston, M. V. (2017). Cerebral plasticity: windows of opportunity in the developing brain. *European Journal of Paediatric Neurology*, 21(1), 23-48. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2016.07.007>

Knudsen, EI (2004). Períodos sensíveis no desenvolvimento do cérebro e comportamento. *Journal of cognitive neuroscience*, 16 (8), 1412-1425.

Kossoff, E. H., Zupec-Kania, B. A., & Rho, J. M. (2009). Ketogenic diets: an update for child neurologists. *Journal of child neurology*, 24(8), 979-988. doi: <https://doi.org/10.1177/0883073809337162>

Kremer-Sadlik, T. (2005). To be or not to be bilingual: Autistic children from multilingual families. In *Proceedings of the 4th International Symposium on Bilingualism* (pp. 1225-1234).

Kruck, J., Séjourné, N., Rogé, B., & Courty, S. (2017). Étude sur l'efficacité des groupes d'habiletés sociales proposés aux enfants avec un trouble du spectre autistique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 27(1), 25-33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2016.09.002>

Kupfer, M. C. M., & Bernardino, L. M. F. (2009). As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1).

La ciencia del desarrollo cerebral temprano permite tomar decisiones informadas de inversión en la infancia temprana. Retirado a 11 de abril de 2018, de <https://developingchild.harvard.edu/translation/en-breve-la-ciencia-del-desarrollo-infantil-temprano/>

Lambert, N., Nihira, K., & Leland, H. (1993). *ABS-S: 2: AAMR Adaptive Behavior Scale: School*. Pro-ed.

Lapa, M. (2013). *A participação das crianças em Intervenção precoce: representações sociais das técnicas e das famílias* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.21/2925>

Latour, A. M. (2008). Processus autistiques et psychomotricité. «Apprendre de l'expérience». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(1), 39-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.11.008>

LeClerc, S., & Easley, D. (2015). Pharmacological therapies for autism spectrum disorder: a review. *Pharmacy and Therapeutics*, 40(6), 389.

Lim, N., O'Reilly, M. F., Sigafos, J., & Lancioni, G. E. (2018). Understanding the linguistic needs of diverse individuals with autism spectrum disorder: Some comments on the research literature and suggestions for clinicians. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(8), 2890-2895. doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3532-y>

Lund, E. M., Kohlmeier, T. L., & Durán, L. K. (2017). Comparative language development in bilingual and monolingual children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Early Intervention*, 39(2), 106-124. doi: <https://doi.org/10.1177/1053815117690871>

Lussac, R. M. P. (2008). Psicomotricidade: história, desenvolvimento, conceitos, definições e intervenção profissional. *efdeportes Revista Digital-Buenos Aires*, 13, 126.

Machado Júnior, L. C., Passini Júnior, R., & Rodrigues Machado Rosa, I. (2014). *Prematuridade tardia: uma revisão sistemática*. *Jornal de Pediatria*, 90(3). doi: 10.1016/j.jpdp.2013.08.013

Machado, M. A. M., dos Santos, P. Â. C. H., & Espe-Sherwindt, M. (2017). Envolvimento participativo de famílias no processo de apoio em Intervenção Precoce na Infância/Participatory involvement in Early Childhood Intervention. *Saber & Educar*, (23), 122-137. doi: <http://dx.doi.org/10.17346/se.vol23.280>

Marques, T. (2010). Retirado a 5 de novembro de 2017 de http://cercizimbra.org.pt/wordpress/wp-content/uploads/2015/05/SNIPI_CriteriosElegibilidade-quadro.pdf

Martin, K., Jackson, C. F., Levy, R. G., & Cooper, P. N. (2016). Ketogenic diet and other dietary treatments for epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Martins, A. L. S. (2015). *Práticas, contextos e materiais dos psicomotricistas portugueses* (Doctoral dissertation). doi: <http://hdl.handle.net/10400.5/8696>

Martins, R., Freitas, P., de Carvalho, O., & Pascoinho, J. (2018). Intervenção precoce: práticas e representações. *Revista Educação Especial*, 31(62), 495-512. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/1984686X28819>

Masarwa, R., Levine, H., Gorelik, E., Reif, S., Perlman, A., & Matok, I. (2018). Prenatal exposure to acetaminophen and risk for attention deficit hyperactivity disorder and autistic Spectrum disorder: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of cohort studies. *American journal of epidemiology*, 187(8), 1817-1827. doi: <https://doi.org/10.1093/aje/kwy086>

McAuliffe, T., Thomas, Y., Vaz, S., Falkmer, T., & Cordier, R. (2019). The experiences of mothers of children with autism spectrum disorder: Managing family routines and mothers' health and wellbeing. *Australian occupational therapy journal*, 66(1), 68-76. doi: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12524>

McPheeters, M. L., Warren, Z., Sathe, N., Bruzek, J. L., Krishnaswami, S., Jerome, R. N., & Veenstra-VanderWeele, J. (2011). A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 127(5), e1312-e1321. doi: 10.1542/peds.2011-0427

Moeschler, J. B., & Shevell, M. (2014). Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. *Pediatrics*, 134(3), e903-e918. doi: 10.1542/peds.2014-1839

Monteiro, C. S. N. (2015). *A importância da psicomotricidade na educação pré-escolar* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.26/11067>

Murray, M. L., Hsia, Y., Glaser, K., Simonoff, E., Murphy, D. G., Asherson, P. J., ... & Wong, I. C. (2014). Pharmacological treatments prescribed to people with autism spectrum disorder (ASD) in primary health care. *Psychopharmacology*, 231(6), 1011-1021. doi: <https://doi.org/10.1007/s00213-013-3140-7>

Napoli, E., Dueñas, N., & Giulivi, C. (2014). Potential therapeutic use of the ketogenic diet in autism spectrum disorders. *Frontiers in pediatrics*, 2, 69. doi: <https://doi.org/10.3389/fped.2014.00069>

Nascimentos Prematuros (OMS). (s.d.). Em World Health Organization. Retirado a 13 de janeiro de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Nelson, C. A. (2000). Neural plasticity and human development: The role of early experience in sculpting memory systems. *Developmental Science*, 3(2), 115-136. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-7687.00104>

Nugent, J. K., & Brazelton, T. B. (1989). Preventive intervention with infants and families: The NBAS model. *Infant Mental Health Journal*, 10(2), 84-99. doi: <https://doi.org/10.1002/1097-0355>

Onofre, P. S. (2004). *A criança e a sua psicomotricidade: uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*.

Ortiz Ramírez, J., & Pérez de la Cruz, S. (2017). Efectos terapéuticos del vendaje neuromuscular en parálisis cerebral infantil: una revisión sistemática. *Arch Argent Pediatr*, 115(6), 356-361. doi: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.e356>

Oviedo, N., Manuel-Apolinar, L., de la Chesnaye, E., & Guerra-Araiza, C. (2015). Aspectos genéticos y neuroendocrinos en el trastorno del espectro autista. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 72(1), 5-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.01.010>

Ozonoff, S., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081-1105. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00351.x>

Özyurt, G., & Eliküçük, Ç. D. (2018). Comparison of Language Features, Autism Spectrum Symptoms in Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder, *Developmental*

Language Delay, and Healthy Controls. *Archives of Neuropsychiatry*, 55(3), 205. doi: 10.5152/npa.2017.19407

Pennesi, C. M., & Klein, L. C. (2012). Effectiveness of the gluten-free, casein-free diet for children diagnosed with autism spectrum disorder: based on parental report. *Nutritional neuroscience*, 15(2), 85-91. doi: <https://doi.org/10.1179/1476830512Y.0000000003>

Providing Structure and Routine (2018). Em National Autistic Society. Retirado a 17 de janeiro de 2019, de <https://www.autism.org.uk/about/family-life/in-the-home/environment.aspx>

Psicomotricidade (s.d.). Em Associação Portuguesa de Psicomotricidade. Retirado a 5 março de 2018, de <https://appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>

Regulamento Interno, 2017, documento não publicado (ELI de Sesimbra).

Rogers, S. J. & Dawson, G. (2014). *Intervenção Precoce em Crianças com Autismo: Modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Rogers, S. J. (2009). What are infant siblings teaching us about autism in infancy?. *Autism Research*, 2(3), 125-137. doi: <https://doi.org/10.1002/aur.81>

Rogers, S. J., Dawson, G. & Vismara L. A. (2012). *Autismo. Compreender e agir em família*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Rohde, L. A., Miguel Filho, E. C., Benetti, L., Gallois, C., & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Archives of Clinical Psychiatry*, 31(3), 124-131.

Sameroff, A. J., & Mackenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and psychopathology*, 15(3), 613-640. doi: <https://doi.org/10.1017/S0954579403000312>

Seligman, M., & Darling, R. B. (2013). *Ordinary Families, Special Children: A Systems Approach to Childhood Disability*. *International Journal of Early Childhood*, 5(1), 66-69.

Shevell, M. I., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., ... & Sheth, R. D. (2003). Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report

of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 60(3), 367-380. doi: <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000031431.81555.16>

Silva, M. O. E. D. (2009). Da exclusão à inclusão: concepções e práticas. *Revista lusófona de educação*, (13), 135-153.

Simpson, N., Mizen, L., & Cooper, S. A. (2016). Intellectual disabilities. *Medicine*, 44(11), 679-682. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.08.008>

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (2016). Critérios de Elegibilidade. Retirado a 5 de novembro de 2017, de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/criterios-de-elegibilidade.aspx>

Sitneonsson, R. J., Huntington, G. S., McMillen, J. S., Haugh-Dodds, A. E., Halperin, D., Zipper, I. N., ... & Langmeyer, D. (1996). Services for young children and families: Evaluating intervention cycles. *Infants & Young Children*, 9(2), 31-42.

Soukup-Ascençao, T., D'Souza, D., D'Souza, H., & Karmiloff-Smith, A. (2016). Parent-child interaction as a dynamic contributor to learning and cognitive development in typical and atypical development/Influencia dinámica entre la interacción padre/madre-hijo y el aprendizaje y el desarrollo cognitivo en el desarrollo típico y atípico. *Infancia y Aprendizaje*, 39(4), 694-726. doi: <https://doi.org/10.1080/02103702.2016.1221054>

Stoppelbein, L., Biasini, F., Pennick, M., & Greening, L. (2016). Predicting internalizing and externalizing symptoms among children diagnosed with an autism spectrum disorder: The role of routines. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 251-261. doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0218-3>

Tager-Flusberg, H. (2016). Risk factors associated with language in autism spectrum disorder: clues to underlying mechanisms. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(1), 143-154. doi: https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-15-0146

Tas, A. A. (2018). Dietary strategies in Autism Spectrum Disorder (ASD). *Progress in Nutrition*, 20(4), 554-562. doi: <https://doi.org/10.23751/pn.v20i4.6693>

Tsang, T., Atagi, N., & Johnson, S. P. (2018). Selective attention to the mouth is associated with expressive language skills in monolingual and bilingual infants. *Journal of experimental child psychology*, 169, 93-109. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2018.01.002>

Tseng, V., & Fuligni, A. J. (2000). Parent-Adolescent language use and relationships among immigrant families with East Asian, Filipino, and Latin American backgrounds. *Journal of Marriage and Family*, 62(2), 465-476. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00465.x>

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção na Área das Necessidades Educativas Especiais. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

van Heijst, B. F., & Geurts, H. M. (2015). Quality of life in autism across the lifespan: A meta-analysis. *Autism*, 19(2), 158-167. doi: <https://doi.org/10.1177/1362361313517053>

Venetsanou, F., & Kambas, A. (2010). Environmental factors affecting preschoolers' motor development. *Early childhood education journal*, 37(4), 319-327. doi: <https://doi.org/10.1007/s10643-009-0350-z>

Vidali, S., Aminzadeh, S., Lambert, B., Rutherford, T., Sperl, W., Kofler, B., & Feichtinger, R. G. (2015). Mitochondria: The ketogenic diet—A metabolism-based therapy. *The international journal of biochemistry & cell biology*, 63, 55-59. doi: <https://doi.org/10.1016/j.biocel.2015.01.022>

Vidigal, M. J., & Guapo, M. T. (1997). Intervenção terapêutica no autismo e nas psicoses precoces. *Análise Psicológica*, 15(2), 207-219.

Vieira, M. V. G., & Escudero, J. C. S. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *Ces Medicina*, 28(1), 119-132.

Vilar, C. E. C. (2010). *Dificuldades de aprendizagem e psicomotricidade: estudo comparativo e correlativo das competências de aprendizagem académicas e de factores psicomotores de alunos do 2º e 4º ano do ensino básico, com e sem dificuldades na aprendizagem* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.5/2828>

Vital, P. (2013). Perturbações do espectro do autismo a infância e adolescência. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, IV série, vol. 20, p. 29-40.

Voineagu, I., Wang, X., Johnston, P., Lowe, J. K., Tian, Y., Horvath, S., ... & Geschwind, D. H. (2011). Transcriptomic analysis of autistic brain reveals convergent molecular pathology. *Nature*, 474(7351), 380. doi:10.1038/nature10110

Weitlauf, A. S., Sathe, N., McPheeters, M. L., & Warren, Z. E. (2017). Interventions targeting sensory challenges in autism spectrum disorder: a systematic review. *Pediatrics*, 139(6), e20170347. doi: 10.1542/peds.2017-0347

Whiteley, P., Rodgers, J., Savery, D., & Shattock, P. (1999). A gluten-free diet as an intervention for autism and associated spectrum disorders: preliminary findings. *autism*, 3(1), 45-65. doi: <https://doi.org/10.1177/1362361399003001005>

Worley, J. A., & Matson, J. L. (2011). Diagnostic instruments for the core features of ASD. In *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 215-231). Springer, New York, NY. doi: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8065-6_13

Xisto, P. B., & Benetti, L. B. (2012). A psicomotricidade: uma ferramenta de ajuda aos professores na aprendizagem escolar. *Revista Monografias Ambientais*, 8(8), 1824-1836. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/223613086190>

Yang, S., Paynter, J. M., & Gilmore, L. (2016). Vineland adaptive behavior scales: II profile of young children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(1), 64-73. doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2543-1>

Young Athletes Special Olympics Portugal. (s.d.). Em Facebook. Retirado a 5 de novembro de 2018, de https://d.facebook.com/notes/special-olympics-portugal/paulo-futre-concentrad%C3%ADssimo-em-causa-social-do-special-olympics/305238022888869/?_tn_ =HH-R

Young Athletes Special Olympics. (s.d.). Em Special Olympics. Retirado a 5 de novembro de 2018, de <https://www.specialolympics.org/>

Anexos

*os anexos de A-Z, podem ser encontrados na pasta “Anexos” correspondente com a sua letra indicadora