



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
Faculdade de Motricidade Humana



**Relatório de Estágio Profissionalizante em Intervenção Precoce
na Cercizimbra (STIP) e no Abrigo Infantil de Santa Maria de
Belém**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora – Ramo de Aprofundamento de
Competências Profissionais

Orientadora: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Professora Doutora Maria Filomena Araújo Costa Cruz Carnide

Tânia Catarina dos Santos Ferreira Trindade Lopes
2012

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não seria possível, sem o apoio e colaboração de algumas pessoas, por isso deixo aqui expresso o meu sincero agradecimento a todos que fizeram parte desta fase tão importante da minha vida.

À Professora Doutora Teresa Brandão, orientadora de estágio, pela disponibilidade, compreensão e partilha de conhecimentos que foram essenciais na realização deste trabalho.

Às minhas orientadoras de estágio local, a Dra. Helena Rocha e a Dra. Maria Antónia Martins, pelas oportunidades que me proporcionaram, confiança depositada nas minhas capacidades, conselhos e partilha de conhecimentos.

À minha colega de estágio Hélia, por todo o trabalho conjunto e vivências partilhadas ao longo destes meses.

As famílias das crianças acompanhadas, pela aceitação, disponibilidade e confiança depositada.

Principalmente a todas as crianças que acompanhei, pela confiança, sorrisos, gargalhadas, brincadeiras, desafios e vivências partilhadas, sem elas nada seria possível.

Aos meus amigos, pela força, escuta, palavras de apoio e momentos de alegria que me reconfortaram.

Aos meus pais, irmãos e avós pelo apoio, dedicação, palavras de conforto, paciência, carinho e por permanecerem sempre ao meu lado.

A ti, Bruno, por acreditares em mim e estares sempre presente em cada momento, foste um pilar importante nesta fase.

A ti, Rodrigo, meu irmão, minha força de vida te dedico todo este caminho percorrido

A todos, um sincero Obrigado

RESUMO

O presente relatório pretende descrever todo o trabalho desenvolvido durante o estágio inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do 2º Ciclo em Reabilitação Psicomotora, realizado no âmbito da Intervenção Precoce.

A realização prática do estágio decorreu em dois locais distintos, mais precisamente na Cercizimbra (STIP) e no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém.

Foram acompanhadas duas crianças no estágio realizado na Cercizimbra, tendo uma delas o diagnóstico de Paralisia Cerebral. Foram ainda acompanhadas crianças e famílias em sessões de grupo semanais num projeto realizado na Quinta do Conde.

No Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém, foram acompanhadas duas crianças, tendo uma delas Atraso Global do Desenvolvimento.

De todas as crianças serão abordadas aprofundadamente três casos, dois da Cercizimbra e um do Abrigo.

Para além do processo de intervenção realizado com as crianças, e visto que a Intervenção Precoce centra-se em todo o contexto familiar, foi realizada uma intervenção junto da família através de uma visita domiciliária e reuniões, bem como reuniões com outros pais e outros técnicos de ambos os locais de estágio.

Por fim, foram realizados alguns trabalhos que complementam a nossa formação, proporcionando um crescimento profissional e pessoal.

Palavras-chave: Intervenção Precoce, Intervenção Centrada na Família, Reabilitação Psicomotora, Paralisia Cerebral, Atraso do Desenvolvimento Psicomotor.

ABSTRACT

This report is intended to describe all the work done during the internship inserted into the branch Advancement of Professional Skills of the 2nd cycle in Psychomotor Rehabilitation, conducted under the Early Intervention.

The practical realization of the stage took place in two separate locations, specifically the Cercizimbra (STIP) and the Shelter of Santa Maria de Belém.

Two children were accompanied on stage in Cercizimbra held, including one diagnosed with Cerebral Palsy. Were also followed children and families in weekly group sessions in a project conducted at the Quinta do Conde.

In the Shelter of Santa Maria de Belém, were accompanied two children, one of which Global Development Delay. Of all the children will only be discussed in detail three cases, two of Cercizimbra and one of Shelter.

In addition to the intervention process carried out with the kids, and since the Early Intervention focuses on the whole family context, we conducted an intervention with the family through home visits and meetings and meetings with other parents and other technical both local stage.

Finally, some studies were performed to complement our training, providing a professional and personal growth.

Keywords: Early Intervention, Family-centered Intervention, Psychomotor Rehabilitation, Cerebral Palsy, Global Development Delay.

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	1
II – ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	
1) Revisão da Literatura	2
1.1) Fundamentos dos Modelos de Intervenção	2
1.1.1) Psicomotricidade	
1.1.1.1) A Psicomotricidade.....	2
1.1.1.2) A Intervenção Psicomotora na Criança	3
1.1.1.3) Psicomotricidade e Relaxação	4
1.1.2) Intervenção Precoce	
1.1.2.1) Definição.....	5
1.1.2.2) Intervenção Precoce em Portugal	5
1.1.2.3) A quem se Destina.....	6
1.1.2.4) Objetivos.....	6
1.1.2.5) Intervenção Centrada na Família	7
1.1.2.6) Visita Domiciliária.....	10
1.2) Problemáticas do Desenvolvimento- Fundamentação	12
1.2.1) Atraso Global do Desenvolvimento	
1.2.1.1) Definição.....	12
1.2.1.2) Incidência.....	12
1.2.1.3) Sinais de Alarme.....	12
1.2.1.4) Causas	13
1.2.1.5) Diagnóstico	14
1.2.2) Paralisia Cerebral	
1.2.2.1) Definição.....	15
1.2.2.2) Incidência.....	15
1.2.2.3) Causas	15
1.2.2.4) Tipos.....	16
1.2.2.5) Diagnóstico	16
1.2.2.6) Tratamento	17
2) Enquadramento Legal	18
3) Enquadramento Institucional Formal	
3.1) CERCIZIMBRA	
3.1.1) Contexto Funcional e Modalidades de Intervenção.....	18
3.1.2) Caracterização do STIP-ELI	19
3.2) Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém	
3.2.1) Contexto Funcional e Modalidades de Intervenção.....	20

4) Relação com outros Contextos de Intervenção ou Comunitários.....	21
III – REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	22
1) População Apoiada	22
2) Calendarização das atividades.....	23
3) Horário de Estágio.....	23
4) Faseamento do Planeamento	23
5) Contextos de Intervenção.....	24
5.1) Gabinetes.....	24
5.2) Salas de Aula	25
5.3) Sala de intervenção	25
5.4) Ginásio.....	26
5.5) Bibliotecas.....	26
6) Instrumentos de Avaliação	
6.1) Instrumentos de Avaliação Informal das crianças.....	27
6.2) Instrumentos de Avaliação Formal das crianças	
6.2.1) Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths	27
6.2.2) Schedule of Growing Skills II	28
6.3) Instrumentos de Avaliação da Família.....	29
7) Processo de Intervenção.....	29
7.1) Caso 1 – Criança B.	
7.1.1) Caracterização da criança	30
7.1.2) Avaliação Inicial	30
7.1.3) Objetivos de intervenção.....	33
7.1.4) Distribuição das sessões	37
7.1.5) Tipologia das sessões	38
7.1.6) Estratégias utilizadas durante a Intervenção.....	38
7.1.7) Avaliação Final- Balanço da Intervenção	39
7.2) Caso 2 – Criança A.	
7.2.1) Caracterização da criança	42
7.2.2) Avaliação Inicial	43
7.2.3) Objetivos de intervenção.....	44
7.2.4) Distribuição das sessões	46
7.2.5) Tipologia das sessões	47
7.2.6) Estratégias utilizadas durante a Intervenção.....	47
7.2.7) Avaliação Final- Balanço da Intervenção	47
7.3) Caso 3 – Criança G.	
7.3.1) Caracterização da criança	49

7.3.2) Avaliação Inicial	49
7.3.3) Objetivos de intervenção.....	52
7.3.4) Distribuição das sessões	55
7.3.5) Tipologia das sessões	55
7.3.6) Estratégias utilizadas durante a Intervenção.....	55
7.3.7) Avaliação Final- Balanço da Intervenção	56
7.4) Caracterização da Família da criança B.	59
7.4.1) Planeamento da Visita Domiciliária.....	59
7.4.2) Interpretação dos Instrumentos fornecidos à Família	60
8) Dificuldades e Limitações.....	63
9) Atividades Complementares de Formação.....	63
IV – CONCLUSÃO	64
V – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	VIII
Anexo I – PIIP da criança A. e G.	IX
Anexo II – Ficha de Apoio aos Pais de B.	X
Anexo III – Ficha de Apoio aos Pais de A.	XI
Anexo IV – Ficha de Apoio aos Pais de G.	XII
Anexo V – Checklist de Avaliação Informal de B.....	XIII
Anexo VI - Exemplo de Planeamento e Relatório Individual e de Grupo de B.	XIV
Anexo VII – Checklist de Avaliação Informal de A.	XV
Anexo VIII - 2 Exemplos de Planeamentos e Relatórios de A.	XVI
Anexo IX - 2 Exemplos de Planeamentos e Relatórios de G.	XVII
Anexo X – Resultados da Escala do Estilo do Funcionamento Familiar	XVIII
Anexo XI – Resultados do Índice de Stress Parental	XIX
Anexo XII – PDI’S.....	XX
Anexo XIII – Manual de Atividades – Fichas de Apoio aos Pais.....	XXI
Anexo XIV – Exemplo de Relatório das sessões de grupo da Quinta do Conde	XXII
Anexo XV - Tradução da Escala “Social Skills Checklist”	XXIII
ÍNDICE DE FIGURAS	
Figura 1. Sala do Abrigo onde decorriam as sessões de B	25
Figura 2. Sala do Abrigo onde decorriam as sessões de B	25
Figura 3. Ginásio onde decorriam sessões de G.....	26
Figura 4. Biblioteca do Abrigo	26

Figura 5. Biblioteca da Creche “Educa a brincar”	26
---	----

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1. Características gerais das crianças acompanhadas	22
Tabela 2. Horário da atividade de estágio	23
Tabela 3. Fases do Processo de Intervenção.....	24
Tabela 4. Domínios e Áreas que compõem a SGS II.....	28
Tabela 5. Áreas fortes, intermédias e fracas na avaliação inicial (SGS)	33
Tabela 6. Tipologia das sessões de B	38
Tabela 7. Áreas fortes, intermédias e fracas na avaliação inicial e final (SGS).....	41
Tabela 8. Tipologia das sessões de A	47
Tabela 9. Áreas Fortes, Intermédias e Fracas da avaliação inicial de G.....	50
Tabela 10. Tipologia das sessões de G.....	55
Tabela 11. Áreas Fortes, Intermédias e Fracas da avaliação inicial e final de G	57

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultados da avaliação inicial da SGS II.....	31
Gráfico 2 – Distribuição das Áreas trabalhadas de B.	37
Gráfico 3 – Distribuição das sessões de B.....	37
Gráfico 4 – Balanço da avaliação inicial e final da SGS II	39
Gráfico 5 – Objetivos concretizados de B	42
Gráfico 6 – Distribuição das Áreas trabalhadas de A	46
Gráfico 7 – Distribuição das sessões de A.....	46
Gráfico 8 – Objetivos concretizados de A.	49
Gráfico 9 – Resultados da avaliação inicial da Griffiths.....	50
Gráfico 10 – Distribuição Áreas trabalhadas de G	54
Gráfico 11 – Distribuição das sessões de G.	55
Gráfico 12 – Resultados da avaliação inicial e Final da Griffiths	56
Gráfico 13 – Objetivos concretizados de G	58
Gráfico 14 – Resultados da aplicação do da Escala de Avaliação do Estilo de Funcionamento da Família	60
Gráfico 15 – Resultados da aplicação do Índice de Stress Parental	61

I – INTRODUÇÃO

O presente documento consiste no Relatório de Estágio Profissionalizante, desenvolvido na vertente do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana.

O estágio realizado, de acordo com o Regulamento da Unidade Curricular, teve como Objetivos gerais: 1) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordem/Distúrbios), nas suas vertentes científica e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; 2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; 3) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da Área; e 4) desenvolver um espírito científico crítico, para uma adequada integração em projetos de investigação realizados neste âmbito e preferencialmente em equipas multidisciplinares ou centros de investigação.

O Estágio Profissionalizante foi realizado em dois locais distintos. Na Cercizimbra, mais precisamente no Serviço Técnico de Intervenção Precoce (STIP) com a coordenação de Dra. Helena Rocha (coordenadora do STIP), e no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém, com a coordenação de Dra. Maria Antónia Martins (Assistente Social). Ambos os estágios desenvolveram-se no âmbito da Intervenção Precoce (IP), na especialidade de Reabilitação Psicomotora /Psicomotricidade (RP/PM).

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas, a primeira parte caracteriza-se pela fundamentação teórica e a segunda parte integra todo o trabalho prático realizado.

Na primeira parte, realizou-se todo o enquadramento da prática profissional, nomeadamente, uma breve revisão da literatura abordando a Psicomotricidade, a Intervenção Precoce e as patologias das crianças acompanhadas. De seguida, serão abordados respetivamente, o enquadramento legal e institucional, a sua caracterização, contexto funcional e valências de intervenção e por último a relação com outros contextos de intervenção e comunitários.

Na segunda parte, será abordada toda a realização prática deste estágio, mais precisamente o tipo de população apoiada, calendarização das atividades, o Horário do estágio, o faseamento do planeamento, os contextos onde se realizou a intervenção e os instrumentos de avaliação utilizados.

Seguidamente aborda-se todo o processo de intervenção, onde é realizada a caracterização de cada criança, a avaliação inicial com os instrumentos utilizados, os objetivos da intervenção, a distribuição das sessões, a tipologia das mesmas, os planeamentos e relatórios, as estratégias e os resultados da avaliação final. No final de será caracterizada uma família, o planeamento a visita domiciliária realizada, e apresentados os resultados da aplicação de alguns instrumentos.

Por fim, serão enunciadas algumas dificuldades e limitações sentidas no decorrer do estágio, serão referidas algumas atividades complementares de formação, terminando com uma conclusão.

II – ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

1) REVISÃO DA LITERATURA

1.1) FUNDAMENTOS DOS MODELOS DE INTERVENÇÃO

1.1.1) PSICOMOTRICIDADE

1.1.1.1) A Psicomotricidade

A Associação Portuguesa de psicomotricidade (APP) define Psicomotricidade como “o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade. Baseada numa visão holística do ser humano, a psicomotricidade encara de forma integrada as funções cognitivas, sócio-emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial”.

A psicomotricidade é encarada como uma abordagem multidisciplinar do corpo e da motricidade humana, onde se considera que as potencialidades motoras, emocionais e mentais de um indivíduo estão em constante interação e integração, e que o corpo é o universo de manifestação de todo o ser, e que para perceber o que exprime o corpo, é necessário situá-lo nos seus vários sistemas ecológicos, com os quais está em interação permanentemente (Fonseca, 2001; Martins, 2001).

É considerada uma prática unificadora, no sentido em que veicula os laços entre o corpo e a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, melhorando o potencial adaptativo do sujeito, ou seja, as possibilidades de realização nas trocas com o envolvimento (Martins, 2001).

A psicomotricidade visa privilegiar a qualidade da relação afetivo-emocional, a disponibilidade tónica, a segurança gravitacional e o controlo postural, a noção fenomenológica do corpo e a sua dimensão existencial, a sua lateralização e direcionalidade e a sua planificação praxica, enquanto componentes essenciais e globais da adaptabilidade, da aprendizagem e do seu ato mental comitente (Fonseca, 2001).

Desta forma pode apresentar uma vertente preventiva através da promoção e da estimulação do desenvolvimento e das competências sociais, educativa, promovendo o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem, e reeducativa ou terapêutica, no caso do desenvolvimento motor, psicoafectivo e/ou o potencial de aprendizagem se encontrarem afetados comprometendo a adaptabilidade da pessoa (Morais, Novais & Mateus, 2005).

A intervenção em psicomotricidade deve ser normalmente precedida de uma observação psicomotora, na qual o reeducador ou terapeuta deve apurar dinamicamente e prospectivamente um perfil psicomotor intraindividual (PPI) ou um inventário das possibilidades e dificuldades psicomotoras nos seguintes fatores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo (somatognosia), estruturação espaço-temporal, práxia global e práxia fina (macromotricidade e micromotricidade), que no seu conjunto de fatores e subfatores constituem o sistema psicomotor humano (Fonseca, 2001).

A partir do PPI, deve-se então elaborar um plano individualizado com o objetivo de compensar e modificar o potencial psicomotor, pois só neste quadro conceptual se podem perspetivar as indicações e as aplicações educacionais e terapêuticas da psicomotricidade (Fonseca, 2001).

Globalmente pode-se afirmar que a intervenção psicomotora dirige-se a todas as faixas etárias, sendo indicada para as pessoas que podem evoluir melhor através do agir, da experimentação e do investimento corporal, em casos onde é necessário reencontrar a possibilidade de comunicar e de organizar o pensamento privilegiando a experiência concreta ligada à interiorização da vivência corporal (Martins, 2001).

Neste sentido, as problemáticas que podem apresentar uma incidência a nível corporal (dispraxias, perturbações do esquema corporal, lateralidade e espaço-temporais e problemas psicossomáticos, etc.), relacional (dificuldades de comunicação e de concentração, instabilidade, agressividade, etc.) e cognitiva (défices de atenção, de memória, organização perceptiva, simbólica e conceptual, etc.) (Morais, Novais & Mateus, 2005).

1.1.1.2) Intervenção Psicomotora na Criança

Proporcionar e providenciar ambientes culturalmente ricos, facilita a promoção e a sustentação do potencial de desenvolvimento psicomotor das crianças. Neste sentido a Intervenção Psicomotora deve focar-se na promoção e enriquecimento psicomotor de múltiplos componentes, como a atenção seletiva, integração tónico-emocional, orientação espacial, compreensão e planificação, de forma a acelerar e compensar o desenvolvimento total e harmonioso da criança, quer na dimensão motora, quer emocional e cognitiva (Fonseca, 2009).

Uma Intervenção Psicomotora deve ter como finalidade intrínseca, a possibilidade de ativar, harmonizar e enriquecer o desenvolvimento psicomotor, tornando possível a emergência duma atmosfera interativa de segurança e de conforto afetivo-relacional, ao mesmo tempo que deve fazer reviver todas as funções cognitivas, subjacentes à integração, planificação, interiorização, antecipação, simbolização, verbalização e expressão (execução) da motricidade da criança (Fonseca, 2009).

Na realidade, a psicomotricidade é uma prática de mediação corporal que permite à criança reencontrar o prazer sensorio-motor através do movimento e da regulação tónica, possibilitando depois a apropriação dos processos simbólicos, com forte acentuação da componente lúdica (Martins, 2001).

Os instrumentos de trabalho são constituídos pelos nossos próprios corpos, o espaço de relação, o espaço sala, o tempo e ritmos da sessão e os vários objetos disponíveis (Martins, 2001).

Na intervenção psicomotora devem ser considerados dois níveis de desenvolvimento da criança, o desenvolvimento atual, ou seja, aquilo que ela é capaz de realizar autonomamente, e o desenvolvimento potencial, ou seja, aquilo que ela é capaz de atingir, ou vir a realizar, com a ajuda do psicomotricista (Fonseca, 2009).

Quando existe um diagnóstico de perturbação de desenvolvimento psicomotor, a criança deverá ser encaminhada e beneficiar, de uma intervenção especializada no âmbito da psicomotricidade. Inicialmente torna-se necessário realizar uma avaliação mais pormenorizada, através da utilização de instrumentos específicos (Antunes & Duarte, 2003), contudo deve ser contemplado todo o contexto cultural e quotidiano da criança, observando o seu comportamento num ambiente de livre jogo intuitivo (Onofre, 2004).

É necessário selecionar quais as situações problema a construir nas sessões de intervenção e quais as estratégias de mediação a serem adotadas no processo relacional entre o psicomotricista e a criança. As situações problema devem apelar à descoberta e ao pensamento divergente, provocando um esforço de atenção e favorecendo a diferenciação das fontes de informação disponíveis, bem como a adaptabilidade ao meio envolvente (Antunes & Duarte, 2003).

1.1.1.3) Psicomotricidade e Relaxação

Assim que nascemos, tudo é corpo e faz parte de um só – o bebê – que vai construindo a sua linguagem através do toque, do contato, do imprescindível diálogo tônico-emocional, que lhe sustenta e coordena a estabilidade da sua estrutura psico-afetiva (Maximiano, 2004).

Nesta fase, a criança tem enervações sensório-percetivas, mas não faz associações, uma vez que as áreas associativas não estão completamente mielinizadas. Assim sendo, depende inteiramente do outro para organizar e integrar a sua resposta e mapa corporal. Esta relação simbiótica permite ao indivíduo desejar através do seu corpo, da sua linguagem corporal (Levin, 1995, citado em Maximiano, 2004).

A relaxação psicoterapêutica funciona de fato como uma ponte entre o que é sentido e vivido nessa experiência, no plano não-verbal e numa base tônico-emocional, e a sua interiorização pela atribuição de um significado através da mediação da palavra. O conteúdo emocional das situações vivenciadas, expressas pelo tônus, pelo gesto, pela postura e pela mímica, funcionam como sistemas de referência e traços que se (re)inscrevem na memória do sujeito, reafirmando a sua identidade (Fonseca & Martins, 2001).

A relaxação é um método de condicionamento psicofisiológico, que leva a alterações físicas e emocionais, levando a criança a vivenciar uma sensação de calma, redução de fadiga, levando o funcionamento do organismo a um equilíbrio onde a agitação desapareça. Exige a capacidade de controlo do tônus muscular que deve ser capaz de contrair e principalmente relaxar (Maximiano, 2004).

Nas atividades de relaxação, deve-se obedecer a um dos principais paradigmas em psicomotricidade, que visa centrar a ação ao nível da integração sensorial, para que o ajustamento motor não seja visto de forma isolada, mas integrando toda a informação sensorial e percetivo-motora (Martins, 2009).

As vivências corporais proporcionadas em psicomotricidade e relaxação, poderão ser mediadas a partir do simples toque corpo a corpo, por objetos (bolas, lenços, cordas e bastões), que acarretam por vezes uma função transitiva (Maximiano, 2004), ou através da palpação, permitindo à criança integrar os seus próprios limites corporais, localizando-os e identificando-os topograficamente (Martins, 2009).

Segundo Martins (2009), nas atividades de relaxação, a palpação, nomeação e mobilização passiva permitem à criança uma tomada de consciência sobre a contração/descontração dos seus músculos.

O terapeuta de Psicomotricidade orienta a modificação vivida do tônus, facilitando também o acesso a um estado de maior descontração, pela sugestão e palavra. A palavra é importante na precipitação de fenómenos tónicos, para nomear e qualificar os segmentos corporais, para a expressão de um ambiente securizante e indutor de uma relação terapêutica tranquilizadora (Maximiano, 2004).

Nas sessões terapêuticas de psicomotricidade, será sempre uma oportunidade a não perder terminar esse tempo com o retorno á calma, aproveitando esse momento para fazer um reforço da consciência corporal, isto é, remeter a criança para a focalização do pensamento nas diferentes partes do corpo, mas sempre com a devida atenção de inscrever as diferentes partes no seu todo, numa perspetiva da globalidade, de acordo com o paradigma que norteia todo o trabalho- nós somos o corpo (Costa, 2008).

Assim sendo, e segundo Martins (2009) o objetivo na relaxação é que a criança sinta e integre o seu corpo como um todo, uma unidade, sendo que esta integração pode dividir-se em várias etapas, passando pela localização dos diversos segmentos, á consciência da existência do seu corpo, da sua força e da densidade das descobertas fragmentares.

1.1.2) INTERVENÇÃO PRECOCE

1.1.2.1) Definição

O desenvolvimento da criança é resultado de uma predisposição orgânica, mas também é influenciado pelas interações que, desde o nascimento, o bebé tem com o meio que o rodeia. Este desenvolvimento resulta ainda de toda a informação que as interações lhe proporcionam. Desde o momento que se deteta uma alteração no desenvolvimento da criança, deve iniciar-se um processo de intervenção precoce, procurando superar ou diminuir as limitações que podem advir dessa alteração (Chaves, 2007).

A Intervenção Precoce na Infância (IPI), segundo o Decreto-lei nº 281/2009 de 6 de Outubro, apresenta-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.

Para Coutinho (2004), intervir precocemente, com início no período subsequente ao nascimento parece ser especialmente importante para estas crianças e respetivas famílias e eficaz na prevenção da ocorrência ou na minimização de problemas associados. De entre diversos tipos de serviços de apoio formal disponíveis, a Intervenção Precoce (IP) surge como uma forma eficaz de prestar ajuda á criança e à família, sendo de salientar que quanto mais cedo se iniciar o apoio, e mais abrangente e integrado for o modelo de atendimento, maiores serão os benefícios para a criança e para a família.

A IP tem como base um conjunto de profissionais de diferentes Áreas, a trabalhar em parceria com os pais, para os ajudar a desenvolver os seus conhecimentos e capacidades para atingir o seu máximo potencial (Simões 2003/2004).

Segundo Shonkoff & Meisels (2000), a IP consiste na disponibilização de serviços multidisciplinares a crianças dos 0 aos 5 anos e suas famílias, de forma a promover a saúde e o bem-estar, aumentando as competências, diminuindo os atrasos de desenvolvimento, atenuando as incapacidades existentes e promovendo a adaptação parental e o funcionamento global da família.

De acordo com estes autores, esta definição de IP tem como base três pressupostos básicos que guiam a sua prática:

∂ Todos os organismos estão programados para se adaptar ao seu ambiente, sendo que o seu desenvolvimento não é imutável e nem se encontram pré-determinado por fatores genéticos fixos ao nascimento;

∂ O desenvolvimento das crianças só pode ser devidamente observado e compreendido dentro de um amplo contexto ecológico, onde se enquadra a família no seu contexto dinâmico e a comunidade em que a criança se insere, com as suas regras políticas e sociais; e

∂ As oportunidades de desenvolvimento das crianças são tão vastas e complexas que é essencial uma intervenção de carácter multidisciplinar sendo que não existe uma fórmula única que possa ser aplicada universalmente a todas as crianças (Shonkoff & Meisels, 2000).

1.1.2.2) Intervenção Precoce em Portugal

Tendo em vista a garantia de condições de desenvolvimento a crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o seu crescimento pessoal, social e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento, foi criado em Portugal, ao abrigo do Decreto-lei nº 281/2009 de 6 de

Outubro, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) (Decreto-lei nº 281/2009).

Este Sistema tem como Objetivos (Decreto-lei nº 281/2009):

∂ Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de Intervenção Precoce na Infância (IPI) em todo o território nacional;

∂ Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;

∂ Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;

∂ Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social, da saúde e da educação;

∂ Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

1.1.2.3) A quem se destina

O SNIPI abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, especialmente dos 0 aos 3 anos, que apresentam risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo e/ou risco grave de atraso de desenvolvimento. Entende-se “risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo” qualquer risco de alteração, ou alteração, que limite o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, de acordo com os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto; e “risco grave de atraso de desenvolvimento”, a presença de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam a elevada probabilidade de se vir a verificar atraso no desenvolvimento da criança (Decreto-lei nº 281/2009).

Considera-se que existe três tipos de risco: o risco estabelecido, o biológico e o ambiental. Crianças com risco estabelecido são crianças cujo desenvolvimento atípico precoce se relaciona com problemas médicos de etiologia conhecida e com expectativas em termos de desenvolvimento, relativamente bem conhecidas. As crianças com risco biológico são as que apresentam uma história de fatores biológicos pré, peri e pós-natais, que sugerem uma agressão biológica no sistema nervoso central, passível de aumentar a probabilidade de desenvolvimento atípico posterior. E crianças em risco ambiental são crianças biologicamente saudáveis, mas para as quais as experiências precoces são significativamente limitadas, incluindo os cuidados de saúde, as oportunidades de expressão de comportamentos adaptativos, assim como os padrões de estimulação física e social são suficientemente limitados ao ponto de implicarem uma alta probabilidade de atrasos no desenvolvimento, na ausência de intervenção, bem como as suas famílias. (Brandão & Domingos, 2009/2010).

Com base numa relação de colaboração entre técnicos e família, pretende-se evitar que fatores de risco ou condicionantes inerentes á deficiência, origemem ou agravem atrasos no desenvolvimento das crianças (Cardoso, 2006).

1.1.2.4) Objetivos

Os principais Objetivos da IP, e de acordo com Bayley e Wolery (1992, citado em Brandão & Domingos, 2009/2010), são:

∂ Apoiar as famílias na concretização dos seus Objetivos próprios;

∂ Promover o envolvimento, a independência e a competência das crianças;

- ∂ Promover o desenvolvimento da criança em domínios chave;
- ∂ Facilitar e apoiar o desenvolvimento da competência social das crianças;
- ∂ Promover a generalização das suas capacidades;
- ∂ Fornecer a oportunidade para experiências de vida normalizantes;
- ∂ Prevenir o aparecimento de futuros problemas ou incapacidades.

A estes Objetivos, são acrescentados outros três, por Raver (1991, citado em Brandão & Domingos, 2009/2010), documentando o papel multifacetado que o profissional desta Área terá de assumir:

- ∂ Providenciar informação, apoio e assistência às famílias para lidarem com a criança;
- ∂ Aumentar a competência parental na facilitação do desenvolvimento da criança e na defesa dos direitos da criança;
- ∂ Fomentar interações efetivas entre pais, família e criança que promovam sentimentos mútuos de competência e satisfação

Segundo Shonkoff & Meisels (2000) os programas de Intervenção Precoce para crianças e bebés em situação de risco têm como objetivos incentivar participação ativa entre os pais e seus filhos, concentrando-se nas interações mais que o alcance de etapas; avaliar as crianças nos seus diferentes contextos, fornecendo métodos sistemáticos de acompanhamento e avaliar seu crescimento e desenvolvimento; ajudar os pais a obter informações para promover o desenvolvimento ideal dos seus filhos; planejar intervenções que vão de encontro às capacidades e interesses da criança; ajudar os profissionais de educação (e.g. educadores, auxiliares...) a trabalhar com as famílias, encorajando relações de colaboração que incidem sobre o seu crescimento e desenvolvimento da criança; e utilizar as informações da avaliação para ajudar famílias e profissionais a entender melhor os desafios para o desenvolvimento da criança e os pontos fortes que podem ajudar na busca de soluções para superar os obstáculos.

Para Guralnick (2005) o foco dos programas de IP encontra-se em identificar os fatores stressantes e problemas da família, e de seguida elaborar e implementar um programa adequado e coordenado de forma a minimizar tais fatores e potencializar as capacidades e autonomia da família. Os programas de IP devem ser individualizados, de acordo com as potencialidades e necessidades daquela criança e respetiva família, com o objetivo de ambos os elementos atingirem o seu máximo potencial, garantindo a coerência dos Objetivos da família, bem como valores, prioridades e rotinas.

1.1.2.5) Intervenção Centrada na Família

Ao longo das últimas décadas assistiu-se a uma evolução gradual de uma primeira geração de programas centrados na criança, com práticas, muitas vezes, monodisciplinares e fragmentadas, para programas centrados na família, que progressivamente começaram a envolver a comunidade, como o terceiro parceiro da intervenção. Da mesma forma, a prestação de serviços evoluiu para uma prática interdisciplinar, ou mesmo, transdisciplinar, desenvolvida de uma forma integrada com base na colaboração entre serviços e recursos da comunidade e prestada nos contextos naturais de vida das crianças e das famílias (Pimentel, 2004; Chaves, 2007).

Ao contrário de outras práticas que promovem a dependência, o objetivo final deste tipo de intervenção é que a família atinja um grau de autonomia que lhe permita gerir por si só os problemas que surgem no seu dia-a-dia, bem como proporcionar á criança experiências de aprendizagem que sejam ricas e significativas e que, simultaneamente,

promovam o seu máximo desenvolvimento. (Pimentel, 2004; Chaves, 2007).

A IP segundo uma perspectiva centrada na família tem como base três influências teóricas: a Teoria dos Sistemas, por Minuchin (1985, citado em Simões, 2007), com base na ideia de que a família é vista como um sistema em que a criança está inserida, onde as ações têm repercussões em todos os membros do sistema, “o todo é maior que a soma das partes”; O Modelo Transaccional, por Sameroff e Fiese (2000, citado em Simões, 2007), em que o desenvolvimento é visto como um produto das interações da criança com a família e o meio, o que implica uma transformação recíproca quer na criança quer no meio; e o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, por Bronfenbrenner (1979, citado em Simões, 2007), que vê o indivíduo como um ser que se desenvolve sob influência direta ou indireta de múltiplos contextos envolvimentoais, dividindo-os em sub-sistemas, em que cada um está inserido no seguinte (microsistemas, mesossistemas, exossistemas e Macrosistemas).

O Modelo Centrado na Família (Turbiville e Turnbull, 2000, citado em Simões, 2007) privilegia a importância da família na vida da criança e reconhece também as inúmeras relações interpessoais entre os membros da família e a comunidade. O objetivo principal deste modelo é conseguir o bem-estar da família como um todo, havendo dois elementos imprescindíveis: a escolha/decisão da família, tendo sempre a decisão final em assuntos relativos à criança e à sua família, e onde o profissional deve dar a conhecer as hipóteses e as consequências quer positivas quer negativas; e os “pontos fortes” da família, onde as famílias devem descobrir quais as capacidades, talentos, possibilidades, visões, valores e esperanças da família. O profissional deve encorajar a família a utiliza-los e deve informar e dar opções de forma a identificar os pontos fortes, baseando a intervenção nestes pontos mais que nos défices e necessidades.

Outro conceito subjacente à prática de uma intervenção centrada na família, é o conceito de Empowerment (“dar poder aos pais”, fortalecer), que surge como evidente e necessário para promover o desenvolvimento de um sentido de competência no ceio da família. O poder não vai ser atribuído à família, já é dela em primeira análise. Contudo, será promovido um sentimento de competência e mestria, ajudando este sistema a perceber as potencialidades que encerra em si, desenvolvendo em cada família a noção e o sentimento de controlo sobre o seu quotidiano, salientando todas as potencialidades e capacidades no resultado deste sentimento (Cardoso, 2006).

É essencial conhecermos o funcionamento da família para compreendermos a criança, porque ao agirmos sobre as suas potencialidades, expectativas e necessidades, estamos, de forma direta ou indireta, a agir sobre as necessidades da criança. Para a IP a família passa a ser vista como um todo, do qual a criança faz parte (Simões, 2003/2004).

Os resultados que a criança alcança, em termos de desenvolvimento, são fortemente dependentes dos padrões de interação familiar, como refere Guralnick (1997, citado em Coutinho, 2000), dos quais a qualidade das interações pais-criança, o tipo de experiências e vivências que a família proporciona à criança bem como aspetos relacionados com os cuidados básicos em termos de segurança, saúde, surgem como particularmente determinantes (Coutinho, 2000).

Torna-se evidente que intervenções a curto prazo com os pais, parecem ter resultados bastante positivos, em termos de desenvolvimento da criança e efeitos na modificação de crenças, expectativas, atitudes, práticas e competências parentais (Coutinho, 2000).

A intervenção deve ter por base as necessidades da criança e da família, bem como os objetivos delineados para a intervenção sejam baseados nos mencionados pelos pais/família, i.e., toda a intervenção deve ter como base as necessidades, expectativas, objetivos da família e não dos profissionais. Estes devem saber respeitá-los, uma vez que estão direta ou indiretamente relacionados com o bem-estar da criança (Simões,

2003,2004).

A intervenção deverá decorrer em ambientes naturais, deverá ser individualizada, inserida nos contextos de vida da criança, família e comunidade, envolvendo todos os parceiros interativos e aproveitando ao máximo as oportunidades de aprendizagem que aí surgem (Chaves, 2007).

Torna-se cada vez mais claro, que o profissional de IP não pode trabalhar sozinho. Tem de existir uma mobilização dos vários recursos e parceiros e uma estreita colaboração entre a família, os profissionais de diferentes especialidades, os serviços dos diferentes sectores – Saúde, Educação e Segurança Social – e os diversos elementos e recursos da comunidade (Almeida, 2004).

Atualmente, defende-se a constituição de equipas transdisciplinares, em que cada elemento faz o seu papel com base em reflexões conjuntas, havendo um trabalho de complementaridade e continuidade entre todos com o objetivo comum de capacitar as famílias para desenvolver ao máximo as potencialidade e capacidades da criança. (Simões, 2003/2004).

Assim, é da responsabilidade dos profissionais de IP encontrar formas que facilitem o envolvimento parental, devendo para isso saber respeitar, também, os direitos das famílias relativamente ao tempo e níveis de envolvimento desejados pelas mesmas, bem como os valores e contextos culturais das mesmas (Correia & Serrano, 1994).

O plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), atualmente designado por Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), é a forma escrita de operacionalizar todo o processo de desenvolvimento do modelo de Intervenção Centrada na Família, sendo um elemento do atual paradigma da IP (Decreto-lei nº 281/2009).

Este plano consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, assim como na definição das medidas e ações a desenvolver, de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições (Decreto-lei nº 281/2009 de 6 de Outubro).

No PIIP devem constar, no mínimo, os seguintes elementos (Decreto-lei nº 281/2009 de 6 de Outubro):

- 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 respetivas capacidades de adaptação;
- e) Procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar.

Para que um plano de intervenção seja útil e executável, existem algumas características que a ele devem estar associadas, de acordo com McWilliam, Wilton & Crais (citado em Simões, 2007):

- ∂ Os pais entendem e concordam com o conteúdo;
- ∂ Os pais têm um sentimento de posse em relação aos planos que eles próprios desenvolveram;
- ∂ O plano inclui Objetivos importantes para a família;
- ∂ Quer a criança que a família divertem-se com as atividades pensadas para alcançar os Objetivos;
- ∂ As atividades encaixam-se nas rotinas diárias;
- ∂ Há fortes probabilidades de alcançar os Objetivos num curto período de tempo;
- ∂ Há recursos disponíveis e acessíveis para a implementação de atividades;
- ∂ O plano de intervenção é permeável a mudanças e atualizações constantes

- ∂ O plano é frequentemente revisto e a planificação é um processo contínuo; e
- ∂ A versão escrita do plano

1.1.2.6) Visita Domiciliária

Segundo a Early Head Start National Resource Center (2004), a visita domiciliária é um método de prestação de serviços, sendo uma forma de oferecer apoio, orientação, informação e serviços com vista ao desenvolvimento da criança, diretamente às famílias e em suas casas.

O enfoque da visita domiciliária é a relação entre os pais e o terapeuta visitante. O terapeuta, através da relação com os pais proporciona o desenvolvimento de capacidades parentais e ajuda a estabelecer uma melhor relação com a criança, que é a base para o seu desenvolvimento. Os padrões cotidianos de interação pais-filhos são as influências mais poderosas para o desenvolvimento (Klass, 2008).

A Visita domiciliária oferece uma oportunidade para que as famílias tenham o apoio que necessitam nas suas próprias casas e tem por base (Early Head Start National Resource Center, 2004):

- ∂ Usar o ambiente de casa para ajudar os pais a criar mais oportunidades de aprendizagem que se baseiem em rotinas diárias, apoiando o desenvolvimento de seu filho. Capacitar os pais para recriar experiências de desenvolvimento mais ricas para o seu filho.

- ∂ Dar apoio às famílias cujas circunstâncias de vida podem impedir que participassem em ambientes mais estruturados. Trabalhar num ambiente onde as famílias se sentem mais confortáveis muitas vezes permite conhecer as famílias de uma forma muito mais informal e estabelecer uma relação de confiança, elemento crítico em qualquer programa destinado a apoiar crianças e suas famílias.

- ∂ Ser flexível e oferecer serviços de apoio e desenvolvimento da criança durante as horas não tradicionais para famílias que trabalham ou vão para a escola.

- ∂ Trabalhar com as famílias que vivem em comunidades rurais e que de outra forma não seriam capazes de receber os serviços necessários.

A visita domiciliária é definida por uma relação de ajuda, tendo por base a colaboração entre o terapeuta e os pais. A relação do terapeuta visitante com os pais deve ser dinâmica, varia tanto na natureza e no efeito, como resultado das características pessoais de ambos, bem como da dinâmica do ambiente. A personalidade, valores e atitudes dos pais e do terapeuta visitante afetam o seu relacionamento (Klass, 2008).

Klass (2008) refere que no trabalho do terapeuta com a família, existem quatro elementos centrais:

- ∂ Expectativas: terapeuta discute com os pais as suas expectativas e as expectativas dos pais

- ∂ Objetivos: o terapeuta descreve o que espera realizar com os pais e a criança

- ∂ Papeis: o terapeuta juntamente com os pais, clarificam os papéis no contexto da sua relação

- ∂ Confiança: Ambos, o terapeuta e os pais necessitam de se sentir confortáveis com o trabalho ao domicílio, e por isso estabelecer uma relação de confiança mútua é essencial para este trabalho.

Para Klass (2008) a sensibilidade é a chave no trabalho com os pais de culturas diversas. Na visita domiciliária deve-se entender e respeitar os hábitos, diferenças culturais de cada família, nomeadamente crenças e regras no ceio da família e hábitos de higiene, alimentação e sono.

No trabalho com famílias de diferentes culturas, os visitantes devem ser flexíveis, com uma mente aberta de forma a evitar estereótipos. Os terapeutas visitantes têm de ser sensíveis a interpretar as necessidades da criança, tendo sempre em consideração o ponto de vista dos pais (Klass 2008).

Para cada família existe uma abordagem individualizada, uma vez que cada família tem as suas próprias rotinas, problemas, valores, padrões de comportamento e prioridades. O terapeuta visitante deve entender que cada família é única, podendo usar as suas capacidades de observação e conversa com os pais para guiar o seu trabalho (Klass, 2008).

Klass (2008) fala nas expectativas do terapeuta visitante, referindo que é importante para o terapeuta clarificar as suas expectativas e incentivar os pais a partilhar a suas. Por vezes tanto o terapeuta como os pais partilham de opiniões diferentes no que concerne a regras de autoridade e educação. O terapeuta deve assumir que os pais são maiores conhecedores do desenvolvimento dos próprios filhos, tendo o terapeuta visitante um papel de suporte e promoção de um melhor relacionamento entre pais e filhos.

Assim sendo, Para um bom relacionamento entre pais e terapeuta visitante deve-se: demonstrar genuinidade e preocupação pelos problemas que os pais colocam; construir uma relação próxima e sendo um ouvinte ativo para todos os problemas e assuntos que os pais quiserem discutir; não julgar, avaliar e elogiar a ação dos pais quando apropriado; encorajar os pais para serem ativos a tomarem decisões (Klass, 2008).

Devido ao papel do terapeuta ser ambíguo, alguns pais entram nesta relação com incertezas, ou seja, existe uma preocupação por parte dos pais ao sentirem que lhes podem violar a privacidade ou serem julgados pela adequação da sua casa. Para evitar este tipo de situações deve-se transmitir e clarificar os Objetivos das visitas, o papel do visitante e quaisquer dúvidas que poderão advir (Klass, 2008).

Klass (2008) evidencia a importância da modelagem nas visitas domiciliárias. A modelagem refere-se à forma como o visitante brinca com a criança, fala para a criança, faz questões à criança ou lê para a criança, para que os pais possam escolher imitar este tipo de estratégias. A imitação ajuda os pais a sentirem-se seguros tentando novas formas de relacionamento com os seus filhos.

A Early Head Start National Resource Center (2004), refere que as rotinas diárias proporcionam oportunidades significativas para a criança desenvolver as suas capacidades. Deve-se ajudar os pais a entender como simples utensílios domésticos e experiências na rotina diária da criança ajudam a promover a aprendizagem. Por exemplo, experiências de alfabetização ocorrem quando os pais falam e cantam com seus filhos, enquanto eles seguem uma receita durante uma atividade de cozinha, ou quando incentivam a nomear objetos no supermercado. Este tipo de experiências repetidas têm uma influência significativa na aprendizagem e desenvolvimento, ajudando crianças a ganhar motivação e curiosidade para aprender.

Quanto às sugestões propostas pelo terapeuta na visita domiciliária, Klass (2008) refere que existem diferentes formas de transmitir sugestões aos pais para um determinado contexto, e a forma como a mensagem é transmitida pode influenciar a relação pais-terapeuta. Muitas vezes os pais entendem sugestões diretas como uma forma de autoridade. O terapeuta visitante deve adotar um comportamento de partilha, cooperação e parceria de forma a transmitir alguma segurança aos pais (Klass. 2008).

Klass (2008) dá importância à disciplina como uma forma de ensinar a criança a autorregular-se emocionalmente. Estruturar e impor limites na educação de uma criança é essencial para as ajudar a controlar sentimentos como raiva e oposição.

Alguns pais vêm a punição física como resposta ao mau comportamento da criança. O terapeuta deve lembrar que os pais são os que tomam a decisão quanto à educação dos filhos, sendo o papel do terapeuta visitante o de partilhar e transmitir novas informações. Neste aspeto poderão partilhar com os pais os resultados negativos da

punição física, como por exemplo, explicar que as crianças aprendem por observação e imitação e que ao observarem pais agressivos e violentos poderão tornar-se em crianças agressivas e violentas. Posto isto, o terapeuta pode ajudar os pais a adotarem novas estratégias como o reforço positivo ou até o reforço negativo sem punição física (e.g. se te portares mal não te levo ao parque, ou, se te portares bem conto-te uma historia ao deitar) (Klass,2008).

1.2) PROBLEMÁTICAS DO DESENVOLVIMENTO- FUNDAMENTAÇÃO

1.2.1) Atraso Global do Desenvolvimento

1.2.1.1) Definição

O desenvolvimento é um processo em constante evolução, que depende essencialmente do crescimento e diferenciação do Sistema Nervoso Central, no qual há uma interação contínua da criança com o mundo que a rodeia (Fernandes, 2001).

Durante o seu desenvolvimento, as crianças adquirem competências básicas através de uma aprendizagem suportada, sendo que estas competências têm idades médias e estádios para serem adquiridas, podendo ser afetadas por diversos fatores como os fatores familiares, sociais e raciais (Turk, 2008).

Apesar das grandes variações inter-individuais, que tornam difícil a definição exata dos padrões de normalidade, as aquisições processam-se de uma forma uniforme e sequencial nas diversas Áreas de desenvolvimento. (Fernandes, 2001).

Quando uma criança com idade inferior a 5 anos, apresenta atraso significativo, ou seja, dois desvios padrão abaixo da média para o seu equivalente etário, em vários domínios de desenvolvimento - motricidade fina e/ou global, a linguagem, a cognição, as competências sociais e pessoais e as atividades da vida diária – estamos na presença de uma criança com um Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor (ADPM). Como cada caso é um caso, qualquer destes domínios pode estar mais ou menos comprometido conferindo assim um carácter heterogéneo ao ADPM, não apenas na sua etiologia mas também no seu perfil fenotípico (Ferreira, 2004).

1.2.1.2) Incidência

Segundo Tervo (2003), 2 a 3 crianças em cada 100 apresentam atraso de desenvolvimento com QI abaixo de 55.

Ainda Ferreira (2004) refere que apesar de em grande medida ser desconhecida a prevalência, estima-se que 1 a 3% das crianças com idade inferior a 5 anos apresentam ADPM.

1.2.1.3) Sinais de Alarme

Ferreira (2004) enuncia algumas indicações e parâmetros que podem servir como sinais de alarme de um desenvolvimento que não se está a processar dentro dos limites da que é considerada a norma para a idade de criança.

A nível da motricidade global os sinais de alarme são: não se puxa para sentar com cabeça alinhada com o corpo aos 4 meses e meio, não rebola aos 5 meses, não fica sentado sem apoio aos 9 meses, não fica de pé com apoio aos 10 meses, não anda sem apoio aos 15 meses, não sobe ou desce escadas aos 2 anos, não salta aos dois anos e meio, não pedala num triciclo aos 3 anos, não salta ao pé-coxinho aos 4 anos e meio e

não é capaz de andar pé-ante-pé numa linha reta aos 5 anos (Ferreira, 2004).

A nível da motricidade fina os sinais de alarme são: persistência do reflexo de preensão aos 3 meses e meio, não segura a roca e não junta as mãos na linha média do corpo aos 4-5 meses, não transfere os objetos de uma mão para a outra aos 8 meses, ausência de pinça dedos-polegar aos 10-11 meses, não coloca ou tira objetos de uma caixa aos 15 meses, não tira meias ou luvas sem ajuda aos 20 meses, não faz torres de 5 cubos ou não rabisca aos 2 anos, não volta a página de um livro aos 2 anos e meio, não faz um torre com 8 cubos ou não esboça uma linha reta aos 3 anos, não constrói uma torre de 10 cubos ou não copia um círculo aos 4 anos, não copia uma cruz aos 4 anos e meio e não constrói uma escada com cubos ou não imita um quadrado aos 5 anos (Ferreira, 2004).

Ao nível da linguagem os sinais de alarme são: a criança não fala aos 5-6 meses, não diz “da” ou “ba” aos 8-9 meses, não diz “dada” ou “baba” aos 10-11 meses, não produz palavras únicas aos 16 meses, não faz frases de 2 palavras aos 2 anos, não usa, pelo menos, um pronome pessoal aos 2 anos e meio, não fala de modo inteligível aos 3 anos e meio, não compreende preposições aos 4 anos e não utiliza uma sintaxe correta em frases curtas aos 5 anos (Ferreira, 2004).

Ao nível da cognição os sinais de alarme são: a criança não comunica as suas necessidades aos 2-3 meses, não procura um objeto que cai aos 7 meses, não se interessa por brincadeiras de “cu-cu” aos 9 meses, não procura um objeto escondido aos 12 meses, não aponta aos 12-15 meses, não se interessa por jogos de causa-efeito aos 15-18 meses, não categoriza semelhanças aos 2 anos, não sabe o nome próprio e o apelido aos 3/5 anos, não sabe escolher entre a maior e a menor de 2 linhas aos 4 anos, não sabe contar aos 4 anos e meio, não sabe as cores nem qualquer letra aos 5 anos e não sabe o seu aniversário ou a morada aos 5 anos e meio (Ferreira, 2004).

Por fim, ao nível psicossocial os sinais de alarme são: a criança não apresenta sorriso social aos 3 meses, não ri numa situação apropriada aos 6-8 meses, não estranha aos 10 meses, não consola e não aceita “mimos” com um ano, agride sem ser provocada, não apresenta contato ocular nem interação com crianças e o adulto aos 2 anos e não brinca com outras crianças e desafia a obediência aos 3- 5 anos.

1.2.1.4) Causas

As causas mais comuns do ADPM são alterações cromossómicas ou anomalias genéticas como a síndrome de Down e síndrome do X frágil, ou anormalidades com a estrutura ou o desenvolvimento do cérebro ou do tubo neural (Paralisia Cerebral ou Espinha Bífida). Outras causas podem incluir a prematuridade, infeções ou de doenças metabólicas (Turk, 2008).

A investigação etiológica de uma criança com ADPM, caracteriza-se pela existência de quatro fases, onde a fase inicial inclui uma anamnese pré, peri e pós natal, os antecedentes familiares e árvore genealógica e o exame físico com especial destaque para a somatometria, o exame neurológico, a pele e a procura de dismorfias e malformações. Podem ainda ser submetidas a uma avaliação oftalmológica e audiológica. Estas quatro fases constituintes não têm de ocorrer obrigatoriamente na ordem estabelecida. Após a realização desta investigação obtêm-se três grupos de crianças (Ferreira,2004):

∂ Aquelas em que a suspeita de uma doença progressiva, de carácter metabólico ou degenerativo, por haver regressão do desenvolvimento ou antecedentes familiares de uma dessas doenças, devem ser orientadas rapidamente para consulta especializada de neurologia pediátrica, para uma investigação etiológica específica;

∂ As que apresentam um ADPM estático com antecedentes, por outras palavras, cuja causa provável seja logo aparente pela evolução, antecedentes ou observação,

devem realizar exames específicos (cromossômicos, genéticos, imagiológicos ou outros) para a respetiva patologia (por ex. trissomia 21, síndrome do X-frágil, síndromes neurocutâneas ou outras doenças genéticas).

ð As que apresentam um ADPM estático sem antecedentes, ou seja, não apresentam qualquer pista diagnóstica após complementarem a investigação clínica, devem ainda assim realizar um exame citogenético e eventualmente uma pesquisa de X-frágil.

Ao entender a causa de ADPM, obtém-se uma explicação para o atraso da criança, o que ajuda a traçar um plano de tratamento clínico e diminuir ansiedade no seio familiar. Um diagnóstico orienta o clínico na procura de doenças raras tratáveis e ajuda a prever o risco de uma condição semelhante que poderá ocorrer em gestações futuras (Tervo, 2003).

1.2.1.5) Diagnóstico

Os pais, muitas vezes, são os primeiros a preocuparem-se que o seu filho tenha um atraso em um ou mais domínios de desenvolvimento. No entanto, as crianças desenvolvem-se a ritmos diferentes e notoriamente a idade em que uma criança em particular alcança um marco de desenvolvimento específico pode variar substancialmente. Na verdade, as crianças que não atingem etapas de desenvolvimento no tempo adequado, podem adquirir até mais tarde, com ou sem o apoio extra, não têm problemas permanentes e passam a desenvolver-se normalmente (Turk, 2008).

Por outro lado, Ferreira (2004) refere que, o natural receio dos pais em relatar as suas preocupações quanto ao desenvolvimento dos filhos e uma inibição do clínico em confrontá-los com a realidade da existência de um atraso podem conduzir ao erro de considerar todas as alterações como uma variação do normal e confiar exageradamente que elas “desapareçam com a idade” (Ferreira, 2004).

O diagnóstico de ADPM é um processo delicado devendo-se ter em conta dois níveis, determinantes para o acompanhamento clínico e terapêutica subsequentes (Ferreira, 2004): o diagnóstico etiológico (pode implicar ou não o recurso a vários tipos de avaliações e exames complementares) e o diagnóstico descritivo (caracterização dos vários aspetos do quadro clínico) (Ferreira, 2004).

O diagnóstico descritivo, devido á sua heterogeneidade de características existentes, deve incluir quatro dimensões fundamentais (Ferreira, 2004):

1. As capacidades cognitivas e do comportamento adaptativo;
2. Os fatores etiológicos e da patologia orgânica associada;
3. Os aspetos comportamentais, psicológicos e emocionais
4. Condições ambientais e do enquadramento sócio-familiar.

A avaliação, investigação, diagnóstico e orientação destas crianças deve ser feita por equipas multidisciplinares constituídas por médicos e técnicos especializados (terapeutas, professores, assistentes sociais, etc.), que devem preparar uma estratégia de recuperação, apostando nas potencialidades da criança e tentar integrá-la e apoiar a família o melhor possível (Fernandes, 2001).

1.2.2) Paralisia Cerebral

1.2.2.1) Definição

O cérebro comanda as funções do corpo. Cada Área do cérebro é responsável por uma determinada função, como os movimentos dos braços e das pernas, a visão, a audição e a inteligência (Gollner, 2007)

O desenvolvimento do cérebro tem início logo após a concepção e continua após o nascimento. Ocorrendo qualquer fator agressivo ao tecido cerebral antes, durante ou após o parto, as Áreas mais atingidas terão a função prejudicada e, dependendo da importância da agressão, certas alterações serão permanentes, caracterizando uma lesão não progressiva do cérebro em desenvolvimento. Este tipo de lesão causa a Paralisia Cerebral (Gollner, 2007)

A Paralisia Cerebral (PC) caracteriza-se assim por ser uma desordem permanente, não imutável e não progressiva da postura e do movimento, devida a uma disfunção do cérebro antes que o seu crescimento e desenvolvimento estejam completos. Por outras palavras, os danos no cérebro de uma criança não podem ser curados, sendo para toda a vida (permanente), contudo através de uma intervenção precoce na criança esses efeitos podem ser minimizados (não imutável). As lesões provocadas no cérebro não são progressivas, ou seja, não se vão agravar, contudo os efeitos poderão piorar se a criança não tiver apoio (Hinchcliffe, 2007).

É uma perturbação complexa que compreende vários sintomas, entre eles, a alteração da função neuromuscular com défices sensoriais (audição, visão, fala, etc.) ou não, dificuldades de aprendizagem com défice intelectual ou sem ele, e problemas emocionais. A perturbação predominante é a perturbação motora, podendo surgir durante todo o período de crescimento cerebral, sem referência a nenhuma etiologia precisa (Muñoz, Blasco & Suárez, 1997).

Dependendo da localização e da gravidade da lesão cerebral, as crianças com PC, para além das desordens do movimento e da postura, podem apresentar outros problemas associados como: Epilepsia; problemas a nível de tonicidade muscular; anomalias no campo das sensações e da percepção; problemas de visão; problemas de audição; problemas da fala e dificuldades ao nível intelectual (Hinchcliffe, 2007).

Algumas crianças têm perturbações ligeiras, quase impercetíveis, que as tornam desajeitadas a andar, falar ou usar as mãos. Outras são gravemente afetadas com incapacidade motora grave, impossibilidade de andar e falar, sendo dependentes nas atividades de vida diária (APPC, 2006).

1.2.2.2) Incidência

Estima-se que existem 15 milhões de pessoas com PC em todo o mundo, sendo que mais de metade apresenta atraso mental e um terço tem epilepsia (Perat, 2005).

A PC é a mais comum deficiência física na infância, ocorrendo em 2,0 para 2,5 por 1000 nascidos vivos. Embora o número total de crianças com PC permaneceu estável ou aumentou ligeiramente desde 1970, tem havido um aumento consistente na proporção associada a nascimentos prematuros e muito prematuros (Reddihough & Collins, 2003).

1.2.2.3) Causas

Conhecer as causas que podem originar uma lesão mais ou menos importante do sistema nervoso central permite atuar precocemente sobre as sequelas resultantes, possibilita estabelecer uma profilaxia correta e ajudaria a prevenir a etiologia das lesões cerebrais (Muñoz, Blasco & Suárez, 1997).

Ao se fazer uma análise sobre a causa da PC, estima-se que 75% destas perturbações são devidas a uma lesão cerebral adquirida antes do nascimento, embora seja impossível determinar a natureza e o tempo exato da lesão ocorrida. Entre as causas da lesão pré-natal destacam-se as malformações congénitas, incluindo malformações do desenvolvimento cortical, as infeções maternas durante o primeiro e segundo trimestre de gravidez (e.g. rubéola, toxoplasmose), distúrbios metabólicos, ingestão materna de toxinas e síndromes genéticas raras (Reddihough & Collins, 2003).

Estima-se ainda que 6% a 8% seriam devidas a causas perinatais, destacando-se a hipoxia ou anoxia, hemorragia, hipoglicémia grave, icterícia não tratada e infeção neonatal grave (Reddihough & Collins, 2003).

Considera-se que podem ser responsáveis por mais ou menos 10% a 18% dos casos as causas pós-natais, com maior incidência de incompatibilidade sanguínea fetomaterna causadora de icterícia no recém-nascido, meningite, problemas metabólicos e traumatismos crânios encefálicos (Reddihough & Collins, 2003).

Esta grande variedade de causas deve levar-nos a uma tomada de consciência que ponha em marcha uma serie de medidas médicas e sociais que atenuem os efeitos da doença, impeçam a sua progressão e assegurem a reabilitação e inserção social (Muñoz, Blasco & Suárez, 1997).

1.2.2.4) Tipos

De acordo com Muñoz, Blasco & Suárez (1997) existem três tipos fundamentais a considerar segundo o tipo de envolvimento neuromuscular: a PC espástica; a PC atetóide e a PC atáxica.

A espasticidade indica-nos a existência de lesão no sistema piramidal que tem a seu cargo a realização dos movimentos voluntários manifestando-se a lesão neste sistema pela perda desses movimentos e por um aumento da tonicidade muscular. Por vezes, a hipertonia traduz-se num esforço excessivo na realização de um movimento. A sua persistência provoca posturas incorretas que, embora de carácter mutável, podem evoluir convertendo-se em deformidades fixas e contracturas (Muñoz, Blasco & Suárez, 1997).

A atetose é uma perturbação caracterizada pela presença de movimentos de tipo espasmódico e incontrolado, irregulares, contínuos, lentos e involuntários que se podem localizar apenas nas extremidades ou alargar-se a todo o corpo. A instabilidade e a flutuação da tonicidade postural são frequentes e o tónus muscular dos atetósicos varia entre a hipertonia e a hipotonia (Muñoz, Blasco & Suárez, 1997).

A ataxia pode definir-se como uma perturbação da coordenação e do movimento estático. Observa-se uma importante instabilidade do equilíbrio, com um controlo da cabeça, do tronco e da raiz dos membros deficitário. O tónus postural baixo é constante. Na motricidade voluntária aparecem sinais de afeção do cerebelo e da sensibilidade profunda (Muñoz, Blasco & Suárez, 1997).

Se são afetados vários centros motores, os sintomas de paralisia cerebral podem corresponder a uma combinação de sintomatologia dos três tipos referidos, manifestando-se esta nas mesmas ou em diferentes partes do corpo. Apesar de ser possível encontrar num mesmo individuo a referida combinação, acredita-se que a maior parte das crianças apresentam paralisia cerebral do primeiro ou do segundo tipo (Nielson, 1999).

1.2.2.5) Diagnóstico

O diagnóstico precoce de PC é extremamente difícil, não se podendo diagnosticar antes dos 4 meses de idade, visto que grande parte dos bebés não mostram sinais claros de anormalidade mas sim de atraso. O que conduz á maioria dos diagnósticos precoces

é a presença de um fator da história clínica da criança (e.g. prematuridade, asfixia, anoxia, gravidez múltipla, etc.), tornando-se numa criança de risco e necessitando de acompanhamento contínuo (Dimitrijevic´ & Jakubi, 2005).

O diagnóstico precoce assenta em grande medida sobre a diferenciação de sinais primitivos de atraso dos de uma natureza patológica. Os sinais primitivos podem ser definidos como padrões de atividade pertencentes a estágios muito iniciais de uma vida pós-natal normal e que tendem a desaparecer. Sinais patológicos são padrões motores que não se observam em qualquer fase do desenvolvimento pós-natal de um bebé normal (Dimitrijevic´ & Jakubi, 2005).

Os testes mais úteis para o diagnóstico precoce de PC incluem: uma avaliação da reatividade postural automática, i.e., analisar as reações globais da criança perante mudanças súbitas de posição corporal; uma análise cinesiológica da função motora, onde é feita uma comparação entre os comportamentos esperados para a idade e os demonstrados pela criança; e uma análise da presença de reflexos anormais, onde a presença ou ausência desses reflexos e a sua qualidade, podem ajudar a definir o tipo de paralisia cerebral (Dimitrijevic´ & Jakubi, 2005).

A avaliação psicopedagógica torna-se complexa devido às provas estandardizadas existentes conterem inúmeros itens verbais e de manipulação que não estão ao alcance destas crianças. Costuma-se recorrer a escalas de observação, adaptações de provas estandardizadas e provas não convencionais para obter indicadores válidos (Muñoz, Blasco & Suárez, 1997).

A avaliação motora inclui dados de desenvolvimento motor (aquisições motoras básicas), presença ou não de deformidades articulares, ósseas, etc., e motricidade voluntária e funcional (Muñoz, Blasco & Suárez, 1997).

A equipa multidisciplinar será encarregada de fazer o diagnóstico. O estudo da capacidade intelectual, da personalidade, do nível de comunicação, da capacidade motora e do desenvolvimento e aprendizagem da criança são dados de toda a importância face à intervenção e tratamento (Muñoz, Blasco & Suárez, 1997).

1.2.2.6) Tratamento

O tratamento da criança com PC deverá começar o mais cedo possível, já que qualquer dificuldade insipiente que possa existir na criança ainda muito pequena responderá melhor a um tratamento precoce. Na criança que avança em idade, sem receber tratamento ou sendo este insuficiente, as dificuldades e problemas vão-se consolidando. O tratamento engloba diferentes aspetos: motricidade, terapia da fala e terapia ocupacional, défices sensoriais e utilização de próteses ou outro material ortopédico quando necessário. Como tal, este tratamento apresenta como características a necessidade da formação de uma equipa multidisciplinar que atue tanto sobre os problemas motores como sobre os possíveis problemas associados que o aluno possa apresentar (Muñoz, Blasco & Suárez, 1997).

O tratamento pode ser integrado na vida diária, em que intervindo precocemente (desde que os bebés são encaminhados até à idade de três a cinco meses), tem-se a oportunidade de treinar os movimentos normais, antes que os movimentos anormais sejam estabelecidos, contudo dependendo do tipo de lesão cerebral (Perat, 2005).

O objetivo do tratamento para estas crianças é levá-los a adquirirem capacidades para a sua maior autonomia e independência possíveis e prepará-los para a vida normal de um adolescente e adulto que podem ser alcançados (Perat, 2005).

2) ENQUADRAMENTO LEGAL

O enquadramento legal no âmbito da Intervenção Precoce em Portugal, relativo á prática de aprofundamento das competências profissionais realizada, foi anteriormente descrito no ponto 1.1.2) ao abrigo do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro de 2009.

3) ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

O estágio foi realizado em duas instituições distintas, sendo que o tipo de intervenção também diferiu de instituição para instituição. Ambos os locais dão preferência á intervenção no ambiente natural em que as crianças se encontram inseridas. Deste modo, na CERCIZIMBRA, mas precisamente no STIP-ELI, foi necessária a deslocação até aos espaços em que as crianças se encontravam. Ao contrário, no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém a intervenção foi realizada no local, e foi disponibilizada uma sala para a realização das intervenções, nos casos em que se mostrava pertinente uma intervenção mais individualizada.

3.1) CERCIZIMBRA

3.1.1) Caracterização, contexto funcional e valências de Intervenção

A Cercizimbra é uma cooperativa de Solidariedade Social, tendo surgido em Maio de 1976 com esforço e empenho de um grupo de pais e familiares de crianças portadoras de deficiência. Esta rege-se pelos princípios de solidariedade social e de cooperativismo, tendo como Missão o acompanhamento dos projetos de vida de crianças, jovens e adultos portadores de deficiência e/ou em risco, bem como o apoio á infância e juventude, pautando-se por uma filosofia de intervenção comunitária (Cercizimbra, 2012).

A Cercizimbra, tem como objetivo a promoção e inclusão de crianças, jovens e adultos portadores de deficiência e incapacidades, em contextos normalizados e facilitadores do seu desenvolvimento psico-social, através da criação de respostas diversificadas e adaptadas ás necessidades, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. O apoio prestado pela Cercizimbra está organizado por diferentes respostas sociais, de acordo com a população-alvo e objetivos de intervenção (Cercizimbra, 2012).

As diferentes respostas sociais estão distribuídas por 5 equipamentos distintos (Cercizimbra, 2012):

∂ A Unidade Integrada de Atendimento á Infância (UIAI). Nesta Unidade estão incluídas 4 respostas sociais:

1. Serviço Técnico de Intervenção Precoce (STIP)
2. A Creche
3. Pré-Escolar
4. Centro de Animação para a Infância (C.A.I.)

∂ Escola de Educação Especial,

∂ Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)

∂ Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)

∂ Centro de Reabilitação Profissional da Cercizimbra (CRPC)

∂ Redes de Unidades Residenciais (RUR):

1. Lar Residencial para Adultos Autónomos,

2. Lar Residencial para Adultos Dependentes.

3.1.2) Caracterização do STIP- ELI

O Serviço Técnico de Intervenção Precoce – Equipa Local de Intervenção do concelho de Sesimbra (STIP-ELI Sesimbra) integra de acordo com o decreto-lei nº 281/2009 o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância através da celebração de um acordo de cooperação com o Ministério do Trabalho e Segurança Social (Cercizimbra, 2012).

A sua intervenção é desenvolvida ao nível das Equipas Locais que integram profissionais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, sob coordenação do elemento designado pela Comissão de Coordenação Regional (Cercizimbra, 2012).

Neste sentido o STIP-ELI Sesimbra identifica-se como uma resposta social de Intervenção Precoce entendida 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, saúde e ação social” alínea a), Art. 3º. (Cercizimbra, 2012).

A sede do STIP – ELI de Sesimbra situa-se nas instalações do STIP, (Cercizimbra, Quinta do Texugo, Casais de Sampaio, 2970-577 Sesimbra) na Unidade Integrada de Atendimento à Infância (UIAI), unidade orgânica da Cercizimbra que integra uma creche, um jardim-de-infância, um centro de animação para a infância (CAI) e o próprio STIP (Cercizimbra, 2012).

O STIP-ELI Sesimbra constitui-se como um serviço itinerante e que intervém nos contextos naturais da criança. Desenvolve a sua atividade na Área geográfica do concelho de Sesimbra, tendo como espaços prioritários de intervenção os domicílios, amas, creches e jardins-de-infância que a crianças frequentem (Cercizimbra, 2012).

O STIP-ELI Sesimbra dá resposta às famílias com “crianças entre os 0/ 6 anos com alterações nas funções e estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como das suas famílias. São considerados os critérios de elegibilidade definidos no âmbito do SNIPI (Cercizimbra, 2012):

Grupo 1 - crianças com “alterações nas funções ou estruturas do corpo” que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social;

Grupo 2 - crianças com “risco grave de atraso de desenvolvimento” pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

A equipa do STIP-ELI Sesimbra é constituída por uma Diretora Técnica/ Téc. Sup. Educação Especial e Reabilitação (TSEER), uma Psicóloga, uma Terapeuta da Fala e uma Técnica de Política Social. Estes profissionais são também terapeutas familiares (Cercizimbra, 2012).

Como projetos desenvolvidos pelo STIP-ELI, temos: Projeto de Intervenção com Famílias com crianças em situação de risco; Projeto de Intervenção com grupos de Famílias (Espaço Aqui Brincamos Todos, Espaço para Toda a Família, Formação Parental); Projeto de Intervenção em Rede (Exposição de livros itinerante: “Falar de...”) (Cercizimbra, 2012).

3.2) ABRIGO INFANTIL DE SANTA MARIA DE BELÉM

3.2.1) Caracterização, contexto funcional e valências de Intervenção

O Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém é uma das respostas sociais do Centro Paroquial de Assistência de Santa Maria de Belém, sendo uma Instituição Particular de Solidariedade Social, com estatutos aprovados em Diário da República, III Série, nº 107, Abril de 1963 (Regulamento Interno, 2011/2012). De acordo com o artigo 1º do decreto-lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro do 2006, estas são instituições sem finalidade lucrativa, fundada por iniciativa de particulares, cujos Objetivos são a prestação de serviços “de apoio a crianças e jovens e suas famílias; de apoio á integração social e comunitária; de proteção dos cidadãos na velhice e na invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; de promoção e proteção de saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; de educação e formação profissional dos cidadãos e de resolução de problemas habitacionais das populações (Decreto-Lei nº 119/83). Como tal, O Abrigo Infantil pode ser caracterizado como uma instituição sem fins lucrativos, sendo aberta a ambos os géneros e a todos os níveis sociais tendo, ainda, uma política de inclusão social (Regulamento Interno, 2011/2012).

O Abrigo Infantil localiza-se no Largo dos Jerónimos e possui as valências de Creche e Pré-Escolar, vocacionadas para o desenvolvimento global das crianças (Regulamento Interno, 2011/2012).

O Centro Paroquial de Assistência de Santa Maria de Belém define-se como um serviço de apoio á sociedade e á família. Por sua vez, o Abrigo Infantil nas suas atuações apresenta os seguintes Objetivos:

- a) Proporcionar o bem-estar e o desenvolvimento integral das crianças num clima de segurança afetiva e física, durante o afastamento parcial do seu meio familiar através de um atendimento individualizado;
- b) Colaborar estreitamente com a família numa partilha de cuidados e responsabilidades em todo o processo evolutivo das crianças; e
- c) Colaborar de forma eficaz no despiste precoce de qualquer situação social de risco e de inadaptação ou deficiência, assegurando o seu encaminhamento adequado (Regulamento Interno, 2011/2012).

De modo a alcançar os Objetivos de desenvolvimento integral das crianças, o Abrigo Infantil foca-se especificamente nas Áreas de desenvolvimento socio-afetivo, sensório-motor, cognitivo, linguístico e de expressão para a valência da Creche, e psicomotor, psicossocial, cognitivo, comunicacional e na construção de códigos formais de aprendizagem para a valência do Ensino Pré-Escolar (Regulamento Interno, 2011/2012).

As atividades do Abrigo Infantil são asseguradas por uma equipa multidisciplinar constituída por: Diretora/Coordenadora Pedagógica, Adjunta da Diretora, Técnica Superior de Serviço Social, Psicóloga, Educadoras, Auxiliares de Educação, Auxiliares de Ação Educativa, Secretária da Direção, Ecónoma/Administrativa, Porteiro, Cozinheiras e Auxiliares de Cozinha. Existem, ainda, vários protocolos com terapeutas da fala, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicomotricistas (Regulamento Interno, 2011/2012).

O Abrigo Infantil inclui várias ofertas educativas, sendo que de entre elas podemos destacar: a ginástica, o inglês, a cerâmica, praia e o projeto “Ouvir o falar das letras”. Compreende, ainda, uma atividade extracurricular facultativa: a música (Regulamento Interno, 2011/2012).

Existem, ainda, dois projetos extra dirigidos para os pais, sendo eles: o projeto “Encontro de Pais” que compreende um encontro mensal de formação parental; e o projeto “Conta-me Histórias” em que são requisitados alguns livros da biblioteca e existe

uma participação ativa dos pais na leitura dos mesmos (Folheto Informativo, 2011).

O Horário de funcionamento é entre as 8h00 e as 18h30 existindo um prolongamento de 30 minutos até às 19:00 (Regulamento Interno, 2011/2012).

Relativamente às instalações, o Abrigo infantil é um espaço constituído por 3 pisos onde se incluem: 5 salas de Creche, 2 salas de Ensino Pré-Escolar, 1 cozinha, 1 refeitório, 3 WC, 1 Sala de Intervenções, 1 secretaria, 1 espaço polivalente, 1 parque de recreio, 1 biblioteca e 1 sótão, apetrechados com mobiliário adequado e material didático de acordo com a idade das crianças (Regulamento Interno, 2011/2012).

Acima de tudo, o Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém privilegia um funcionamento de excelência e tenta dar respostas adequadas, inovadoras e individualizadas às necessidades das crianças e suas famílias (Folheto informativo, 2011).

4) RELAÇÃO COM OUTROS CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO E COMUNITÁRIOS

Relativamente a outros contextos de intervenção, foram realizadas sessões em contexto domiciliário, sendo que em Sesimbra essas sessões foram de mera observação e aplicação da escala de Griffiths e no Abrigo a intervenção foi direta com o propósito de ajudar os pais em rotinas e regras da criança em casa.

Em Sesimbra, mais precisamente no STIP-ELI foram observadas avaliações da escala de Griffiths e discussão dos resultados com os pais.

Houve ainda oportunidade de participação numa das reuniões de equipa do STIP-ELI, e reuniões das educadoras no Abrigo.

Em relação ao contato com outros contextos comunitários, nomeadamente em Sesimbra, as intervenções como eram realizadas nos Jardins de Infância das crianças houve sempre contato com os profissionais (educadores, terapeuta da fala, diretora) dos Jardins de Infância “Educa a Brincar” e “ Casa do Povo”.

Foram também realizadas reuniões com as Educadoras e pais das crianças acompanhadas, de forma a ser feita a troca e discussão de Objetivos e de estratégias de intervenção, elaboração de um PIIP para cada uma das crianças (STIP-ELI), e elaboração de uma ficha de apoio com atividades e estratégias para desenvolver em casa e na sala com base nos Objetivos estipulados. Estas reuniões foram realizadas nos Jardins de Infância das respetivas crianças, sendo que algumas também na sala de reuniões do STIP-ELI.

III – REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

1) POPULAÇÃO APOIADA

Foram acompanhadas 2 crianças no estágio em Sesimbra, uma com o diagnóstico de Paralisia Cerebral e outra sem diagnóstico, somente com problemas a nível da lateralização, planeamento da ação, coordenação motora, atenção, noção corporal e força dos membros.

Foram ainda em Sesimbra, mais precisamente na Quinta do Conde, acompanhadas crianças e famílias em sessões de grupo semanais pertencentes ao projeto desenvolvido “Cursinho para famílias”.¹ O mesmo projeto teve a duração de 3 meses, tendo sido interrompido pela falta de disponibilidade horaria das famílias.

No Abrigo foram acompanhadas 2 crianças, uma com Atraso Global do Desenvolvimento e outra com problemas a nível emocional, coordenação motora e atenção.

No início da intervenção, as idades das crianças variavam entre os 3 e os 6 anos de idade.

Abaixo segue-se uma tabela sintetizada das características gerais das crianças acima descritas.

Criança	Instituição	Idade	Diagnóstico	Principais Características	Duração da Intervenção
Criança A.	Sesimbra- “Casa do Povo”	6 anos	Paralisia Cerebral	Hipotonia axial com hipertonia dos membros	Novembro de 2011 a Maio de 2012
Criança G.	Sesimbra- “Educa a Brincar”	4 anos	Sem diagnóstico	Problemas a nível da lateralização, planeamento da ação, coordenação motora, atenção, noção corporal e força dos membros.	Novembro de 2011 a Maio de 2012
Criança B.	Abrigo de Belém	4 anos	Atraso Global do Desenvolvimento	Problemas em todas as Áreas de desenvolvimento, estando mais afetada a linguagem, cognição e motricidade fina.	Janeiro a Maio de 2012
Criança F.	Abrigo de Belém	5 anos	Sem diagnóstico	Problemas a nível emocional, coordenação motora e atenção	Março a Maio de 2012

Tabela 1 – Características gerais das crianças acompanhadas

No presente relatório somente irão ser expostos 3 casos, dois de Sesimbra (Criança A. e G.) e um de Abrigo (Criança B.).

¹ Exemplo de Relatórios das Sessões da Quinta do Conde em Anexo XV

2) CALENDARIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

O presente estágio decorreu no período de 11 de Outubro de 2011 até 31 de Maio de 2012, não tendo sido feitas interrupções de acordo com o calendário escolar.

As crianças do Abrigo de Belém tiveram sessões bissemanais com duração de 60 minutos cada. Quanto às crianças de Sesimbra, a criança A. teve sessões bissemanais, e a criança G sessões semanais, ambas com duração de 60 minutos cada.

3) HORÁRIO DE ESTÁGIO

De seguida, será apresentada uma tabela com o Horário da atividade de estágio decorrida em Sesimbra e no Abrigo de Belém, sendo que as 4ª e 6ªfeiras o estágio decorria no Abrigo de Belém, as 5ª e 2ªfeiras decorria em Sesimbra e a 3ªfeira intercalava para reuniões e compensações de sessões

	2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
9h-10h	Sessão de Grupo do Projeto "Cursinho para famílias" no espaço "Voz do Alentejo" (Quinta do Conde)	Dia intercalado para reuniões e compensações de Sessões	Criança B.	Criança A.	Criança B.
10h-11h					.
11h-12h			Criança F.	Criança G.	Criança F.
12h-13h					

Tabela 2 – Horário da atividade de estágio

4) FASEAMENTO DO PLANEAMENTO

Todo o processo de Intervenção é constituído por fases, assim sendo abaixo segue-se uma tabela sintetizada de todo o processo decorrido para as crianças, em ambos os locais de estágio.

Contato Inicial	Estabelecer contato com a criança no seu contexto, criando uma relação de confiança.
Avaliação Informal /Observação	Observação e registo do comportamento da criança no seu contexto, através da elaboração de uma checklist de competências em todas as Áreas de desenvolvimento
Avaliação Formal	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths e a Schedule of Growing Skills II .

Relatório com definição de Objetivos de Intervenção	Elaboração de um relatório com base na interpretação dos resultados de avaliação inicial (informal e formal) e definição dos objetivos de intervenção a trabalhar com a criança
Elaboração do PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce	A elaboração do PIIP ² das crianças somente se realizou na Cercizimbra
Elaboração de ficha de apoio aos Pais	Elaboração de uma ficha de apoio aos pais ³ que engloba: síntese da avaliação inicial, os objetivos de intervenção e sugestões de atividades e estratégias a desenvolver pelos pais com a criança
Reunião com Pais	Apresentação sumária dos resultados da avaliação e dos objetivos que serão trabalhados com a criança e entrega da ficha de apoio com as sugestões e atividades. No caso da Cercizimbra o PIIP também é entregue aos pais
Fase de Intervenção	Intervenção com a criança com vista a atingir os objetivos delineados
Avaliação Final	Avaliação com a Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths e com a Schedule of Growing Skills II
Relatório	Interpretação dos resultados da avaliação final, elaboração do relatório de avaliação com base numa análise quantitativa e qualitativa dos objetivos atingidos
Reunião com Pais	Transmitir aos pais o balanço de toda a Intervenção

Tabela 3 – Fases do Processo de Intervenção

5) CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO

Em Sesimbra, como já foi referido a intervenção era realizada nos Jardins de Infância da respetiva criança. Assim sendo, no Jardim de Infância “Educa a Brincar” a intervenção nunca era realizada num local certo, devido á disponibilidade dos espaços, tendo sido realizadas sessões na biblioteca, no gabinete, e no Ginásio. No jardim de Infância “Casa do Povo” a intervenção era realizada sempre na sala da criança.

Relativamente ao Abrigo de Belém, o local das intervenções também dependia em muito da disponibilidade dos espaços, tendo sido realizadas sessões maioritariamente na sala de intervenções, e outras na sala das crianças, biblioteca ou gabinete de reuniões.

5.1) Gabinetes

O gabinete do Jardim de Infância “Educa a Brincar”, é um espaço pouco amplo, com uma mesa de reuniões que ocupa quase toda a sala, um sofá, uma estante e uma janela ampla com confere bastante luminosidade ao espaço.

² Ver PIIP das crianças no Anexo I

³ Ver Ficha de Apoio aos Pais em Anexo II, III e IV

O gabinete do Abrigo de Belém, é um espaço amplo, com uma mesa redonda no centro e cadeiras com rodas á volta, elementos bastante distrativos nas sessões. Possui também uma estante com livros, uma mesa de canto com um computador e uma janela ampla dando bastante luminosidade ao espaço.

Em ambos os gabinetes, houve adaptações antes das sessões (mesas encostadas a um canto, cadeiras de rodas retiradas, etc.), sendo que todos os materiais necessários para a realização das sessões eram previamente levados para o gabinete.

5.2) Salas de aula

Um dos contextos de intervenção foram as salas de aula, nomeadamente salas do Abrigo de Belém e da “Casa do Povo” em Sesimbra. Por serem salas onde as crianças passam grande parte do seu dia a desenvolver diversas atividades, todas as salas tinham características muito semelhantes, ambos são espaços amplos, de grande luminosidade, temperatura ambiente agradável e adequada, decoração cativante com vários trabalhos expostos nas paredes, mesas e cadeiras, etc.

Os materiais didáticos disponíveis na sala eram muito diversificados, existindo vários brinquedos adequados á idade, bolas, jogos, puzzles, lápis de cor, folhas, tintas, plasticinas, entre outros.

Nas sessões apesar dos materiais serem previamente levados para a sala, utilizava-se também materiais da sala.

5.3) Sala de Intervenções

A sala das intervenções do Abrigo de Belém é uma sala criada especificamente para este tipo de atendimento. A sala apesar de não ser muito ampla, tem pouca mobília, existindo espaço suficiente para intervenções. Possui uma janela grande que confere muita luminosidade á sala, contudo não possuiu aquecimento, tornando-se um pouco fria no inverno.

A sala tem um colchão no chão, uma cama encostada á parede, um desenho grande de uma boneca pintado na parede, uma mesa e 4 cadeiras. Possui também uma arca com alguns materiais didáticos, folhas, lápis e canetas. Os materiais necessários para a intervenção eram previamente levados para a sala, existindo uma sala á parte com imensas matérias didáticos, brinquedos, jogos, livros, legos, etc., que eram muitas vezes utilizados nas sessões.



Figura 1 e 2 – Sala do Abrigo onde decorriam as sessões de B.

5.4) Ginásio

O Ginásio do Jardim de Infância “Educa a Brincar” em Sesimbra, era muitas vezes utilizado para as sessões, onde se construíam circuitos e eram trabalhados Objetivos mais de carácter motor. É um espaço muito amplo, com varias janelas que conferem grande luminosidade á sala, e aquecimento central, conferindo um ambiente confortável ao espaço.

O Ginásio possui vários materiais, como colchões, arcos, bastões, cubos grandes, blocos de esponja de diversos tamanhos e formas, escadas de esponja, mesa, cadeira, bolas e pines.



Figura 3 – Ginásio onde decorriam sessões de G.

5.5) Bibliotecas

A biblioteca do Jardim de Infância “Educa a Brincar” em Sesimbra, é um espaço amplo, com 3 janelas e aquecimento central, conferindo á sala um ambiente com luminosidade e temperatura amena. Possui duas mesas redondas no meio da sala com cadeiras, estante em redor da sala com diversos livros, duas mesas a um canto com computadores, um sofá e um canto com alguns brinquedos e jogos. Nas intervenções aqui decorridas existiam grandes elementos de distração devido aos materiais que a sala continha, e o fato de ser separada do Ginásio por uma parede amovível, levava a que o barulho sonoro provindo do Ginásio afetasse a atenção durante as sessões.

A biblioteca do Abrigo de Belém é uma casinha de madeira situada no recreio, sendo portanto, um espaço pouco amplo e de pouca luminosidade, tendo que se recorre sempre a luminosidade artificial. Possui ainda, várias estantes com livros, uma mesa no canto com um computador, um rádio, uma mesa com cadeiras pequenas e um puff no chão.



Figura 4 – Biblioteca do Abrigo



Figura 5 – Biblioteca da Cresce “Educa a Brincar”

6) INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Foi realizada uma avaliação informal no início da atividade de estágio, com base na observação das crianças e organizada através de uma checklist.

Nas avaliações formais foram utilizados dois instrumentos, a Escala Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths, e a Schedule of Growing Skills II (SGS).

Relativamente á intervenção com os pais, foram aplicados dois instrumentos á família, nomeadamente a Escala de Avaliação do Estilo de Funcionamento da família e o Índice de Stress Parental (PSI).

6.1) Instrumentos de Avaliação Informal das Crianças

Para esta avaliação foram elaboradas checklist's tendo em conta a idade cronológica e as capacidades das crianças, realizadas com base em algumas escalas de desenvolvimento, nomeadamente a Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths, "SGS" - The Schedule of Growing Skills II (caracterizadas nos instrumentos de avaliação formal), "DOCS" – Developmental Observation checklist System e The Greenspan Functional Developmental Scale.

6.2) Instrumentos de Avaliação Formal das Crianças

6.2.1) Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths

A Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths visa avaliar o grau de eficiência de crianças dos zero aos oito anos de idade, em vários contextos e tendo em conta os vários domínios de desenvolvimento (motricidade global e fina, linguagem, cognição, competências sociais e autonomia). É uma escala cronológica, que assenta na filosofia de que o desenvolvimento se processa por estádios evolutivos e permite a determinação de quocientes de desenvolvimento correspondentes aos vários domínios, bem como um quociente geral de desenvolvimento (Griffiths, 1984).

Este instrumento de avaliação é constituído por duas versões, dos zero aos dois anos e dos três anos aos oito anos, sendo a avaliação feita com base em cinco domínios, na primeira versão e em seis domínios na segunda (Griffiths, 1984):

- ∅ A – Sub- Escala Motora: avalia a motricidade global em termos de posturas, equilíbrio, coordenação motora, marcha, saltar e manipulação de objetos;
- ∅ B- Sub – Escala Pessoal- Social: avalia aspetos da autonomia (alimentação, vestuário e higiene) e da relação com os outros;
- ∅ C – Sub- Escala da Audição e Fala: avalia aspetos relacionados com formas de comunicação verbais e não-verbais e com competências recetivas e expressivas;
- ∅ D – Sub- Escala da Coordenação óculo-manual: avalia a coordenação olho-mão, assim como capacidades de apreensão e da manipulação de objetos;
- ∅ E- Sub- Escala da Realização: avalia a cognição através de atividades que envolvem a permanência do objeto, a imitação, a memória, a resolução de problemas e outras competências;
- ∅ F – Sub- Escala do Raciocínio Prático: avalia a cognição, tal como a sub-escala anteriormente apresentada mas implica a realização de atividades mais complexas e com um maior grau de dificuldade, tais como contagem, repetição de algarismos, comparação de opostos, entre outras. Esta sub-

escala existe apenas na versão dos três aos oito anos de idade.

6.2.2) Schedule of Growing Skills II

A Schedule of Growing Skills II (SGS II) é uma escala de avaliação do desenvolvimento que nos permite avaliar qual o nível de desenvolvimento da criança através de pontuações obtidas nas diferentes competências do desenvolvimento avaliadas, podendo depois comparar os seus resultados com os resultados que seriam esperados para os pares da mesma idade de forma a perceber quais as suas Áreas fortes, fracas e intermédias. É portanto um teste de referência á norma, aplicável a crianças dos 0 aos 60 meses que nos permite saber se a criança está a desenvolver-se segundo um padrão normal ou não (Brandão e Domingos, 2003).

A SGS II é constituída por itens que se encontram agrupados em nove domínios, que se subdividem em algumas Áreas (Bellman, Lingam e Aukett, 1996):

Capacidades Posturais Passivas	Posição supina Suspensão ventral Tração para a posição sentada Posição sentado (apoiado pelo adulto)
Capacidades Posturais Ativas	Decúbito ventral Posição de sentada (sem apoio) Posição de pé (com apoio nas axilas ou ancas)
Capacidades Locomotoras	Movimento e equilíbrio Escadas
Capacidade Manipulativas	Mãos Cubos Desenho Desenho da figura humana
Capacidades Visuais	Função visual Compreensão visual
Audição e Fala	Função da audição Compreensão da linguagem
Fala e Linguagem	Vocalização Linguagem expressiva
Capacidades de Interação Social	Comportamento social Jogo
Capacidades Sociais de Autonomia	Alimentação Higiene pessoal

Tabela 4 – Domínios e Áreas que compõem a SGS II

Este teste ainda nos dá a possibilidade de avaliar/cotar a 10^o Área, isto é a Área Cognitiva, que vai ser inferida a partir da soma de itens positivos cotados nas Áreas das Capacidades Manipulativas; das Capacidades Visuais e das Capacidades de Interação Social (Brandão e Domingos, 2003).

Cada uma destas 9 Áreas é constituída por vários itens que terão que realizados pela criança, num total de 179 itens. A pontuação dessas Áreas variará conforme o número de itens realizado com sucesso pois, esta escala é dicotómica, ou seja, avalia se realiza ou

não realiza a tarefa, e com recurso a essas pontuações, será possível preencher a folha de registo e perceber em que nível de desenvolvimento se encontra a criança (Brandão e Domingos, 2003).

6.3) Instrumentos de Avaliação da Família

Os instrumentos de Avaliação da família utilizados foram:

- o Escala de Avaliação do Estilo de Funcionamento da Família: elaborada por Angela G. Deal, Carol M. Trivette e Carl J. Dunst (1988), traduzido e adaptado por Teresa Brandão e Ana Santos (1997). É um instrumento de auto-avaliação, preenchido por um ou mais elementos da família e que inclui 26 itens concebidos para avaliar 12 qualidades/características familiares. Permite avaliar a forma como as famílias lidam com diversas situações (positivas e negativas) do dia-a-dia;
- o Índice de Stress Parental (PSI): Tradução e adaptação de “Parenting Stress Index” - Short Form (Abidin, 1990) por Ana Santos Flores e Teresa Brandão (1997). Esta Escala é composta por um total de 36 itens, distribuídos por três sub-escalas (Angustia Parental, Interação Disfuncional Pais-Criança e Criança Difícil), cada uma constituída por 12 itens. O resultado indica o nível de Stress Parental Global que a mãe ou o pai está a vivenciar ao desempenhar o seu papel, em determinado momento.

7) PROCESSO DE INTERVENÇÃO

Como já foi acima referido, no presente relatório apenas serão apresentados aprofundadamente 3 casos. O primeiro, referente ao Abrigo de Belém, é a criança B., com Atraso Global de Desenvolvimento, onde foi aplicada formalmente a “Schedule of Growing Skills II”, e foi elaborada uma checklist de observação informal.

O Segundo caso, referente à Cercizimbra, é a criança A. com Paralisia Cerebral, onde foi somente elaborada uma checklist para a realização de uma avaliação informal. Neste caso não foi aplicada nenhuma escala formal, devido á grande discrepância das capacidades reais da criança e das esperadas para a idade (criança com 6 anos e com capacidades de bebés com 6 /8 meses).

O último caso apresentado, também referente à Cercizimbra, é a criança G., sem nenhum diagnóstico associado, evidenciando problemas a nível da lateralização, planeamento da ação, coordenação motora, atenção, noção corporal e força dos membros. Neste caso foi aplicada formalmente a Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths.

De seguida será analisado o processo de intervenção de cada uma das crianças referidas.

7.1) Caso 1 - Criança B.

7.1.1) Caracterização da criança

O B. é uma criança do gênero masculino, no começo da intervenção tinha 3 anos e 9 meses, nasceu, fruto de uma gravidez espontânea e desejada. A mãe na altura tinha 34 anos e o pai 41 anos.

Relativamente à história Clínica, a mãe foi acompanhada por um médico, a partir das 6 semanas de gravidez, e teve diabetes gestacionais durante a gravidez. O parto foi assistido no Hospital de São Francisco Xavier, com um tempo de gestação de 38,5 semanas. A criança nasceu com um Índice de Apgar de 9 ao 1º minuto e 10 ao 5º minuto.

O B. foi sinalizado na consulta de desenvolvimento aos 7,5 meses com Hipotonicidade e laxidão articular com incidência dos membros inferiores. Desde então foi acompanhado pelos Francisquinhos.

Aos 3 anos (3/11/11) foi submetido a uma avaliação com o teste de Griffiths, tendo sido obtido um resultado equivalente a uma idade 2 anos borderline. Os resultados apontaram para um diagnóstico de Atraso Global de Desenvolvimento.

O agregado familiar do B é constituído pela mãe e pelo pai. A mãe tem o 9º ano de escolaridade e trabalha no Abrigo de Belém como Auxiliar de Ação Educativa, e o pai tem trabalha como publicitário.

A família reside num apartamento, sendo que o B. não possui quarto próprio, partilha o quarto com os pais.

A mãe do B. na sua infância também teve dificuldades no seu desenvolvimento. Tem de momento acompanhamento psicológico, devido não só à problemática do filho, e ao fato de se culpar um pouco por pensar ser um problema hereditário transmitido ao filho, mas também pelos problemas conjugais que daí advém.

Relativamente à história Educativa, o B. foi admitido na creche do Abrigo de Belém, local onde a mãe trabalha, logo após o seu nascimento, frequentando o mesmo local até à data.

Como características próprias, o B. é uma criança que apresenta um atraso em todas as Áreas de desenvolvimento, possui um tempo de atenção e concentração reduzido, interessando-se pelos objetos por pouco tempo. É uma criança persistente com dificuldades em aceitar e cumprir regras, e por consequente evidencia pouca resistência à frustração.

7.1.2) Avaliação Inicial

A avaliação inicial teve por base uma avaliação formal com a aplicação da Schedule of Growing Skills II (SGS II), e uma avaliação informal⁴ através da elaboração de uma checklist apropriada à idade e capacidades da criança.

As avaliações foram realizadas quando a criança tinha 45 meses de idade.

De seguida será apresentado o Gráfico de Perfil de desenvolvimento da criança, elaborado com os resultados da avaliação formal, bem como uma análise qualitativa e quantitativa de ambas as avaliações iniciais, organizada de acordo com os domínios de desenvolvimento.

⁴ Checklist da Avaliação Informal de B. em Anexo V

Perfil de Desenvolvimento

	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognição
60 meses			20	28		21	22		23	34
			19	27	20	20	21	24	22	33
48 meses			18	26		19	20		20	31
			17	24	19	18	19	23	19	30
36 meses			16	23	18	17	18	22	17	27
			15	22	17	16	17	21	16	26
30 meses			14	20	16	15	16	19	15	23
			13	19		14	15	18	14	22
24 meses			12	17	15	13	14	17	13	18
			11	16	14	12	13	16	12	19
18 meses			10	15	13	11	12	16	11	17
			9	14	13	11	11	15	10	16
			8	13	13				9	15
			7	12					8	14

Legenda:

— Avaliação Inicial

— Idade Cronológica (45 Meses)

Gráfico 1 – Resultados da avaliação inicial da SGS II

Motricidade Global- Na escala de avaliação é cotado na Área da Locomoção, obtendo uma pontuação de 11, estando por isso muito abaixo do esperado para a idade cronológica (mais de 2 intervalos abaixo). O B. é uma criança que evidencia uma marcha e corrida um pouco descoordenada e cambaleante. Consegue subir escadas autonomamente, necessitando de ajuda parcial para descer. Não realiza o salto vertical com ambos os pés, nem o salto ao pé-coxinho. Apresenta ainda dificuldades na dissociação dos movimentos durante as atividades, mais ao nível dos membros superiores, tendo sempre a tendência de mobilizar ambos os membros, quando é apenas requerido a mobilização de um membro.

Ainda ao nível dos padrões motores básicos, o B. apresenta grandes dificuldades na ação de apanhar um objeto do chão, realizando o movimento de afastar as pernas, mantendo-as em extensão e levar o tronco todo abaixo, batendo com a cabeça no chão. Ele não realiza a flexão das pernas, nem mobiliza a cabeça em direção ao objeto a ser apanhado.

Ao nível das capacidades manipulativas, o B. apresenta imensa dificuldade em lançar e receber uma bola de tamanho médio com as mãos. No lançar, apresenta pouca força, e no receber tem dificuldade em juntar as mãos para receber para receber a bola.

Ao nível da coordenação oculo-pedal, o B. também a apresenta dificuldades em correr para chutar uma bola.

Motricidade Fina - Neste domínio de desenvolvimento, o B. obteve uma pontuação de 15, cotada na Área da Manipulação, encontrando-se por isso mais de 2 intervalos abaixo para o esperado. O B. consegue apanhar objetos pequenos do chão, mas ainda não realiza uma pinça nítida, tendo assim dificuldades ao nível de atividades com maior precisão como o jogo dos enfiamentos ou colocar os pines numa tabua de encaixe. Nas capacidades grafomotoras, o B. não consegue segurar num lápis corretamente (entre o polegar e o indicador), não consegue imitar um círculo nem realizar trajetórias simples

com o lápis. Consegue realizar rabiscos numa folha, contudo realiza movimentos muito amplos, descoordenados e impulsivos. Quanto á lateralidade, apesar do B. usar as duas mãos durante uma atividade manual, apresenta já uma preferência manual direita. Quando os objetos são colocados no centro ou do lado direito, ele utiliza a mão direita para os agarrar e encaixar, quando colocados no lado esquerdo, utiliza a mão esquerda para agarrar, sendo que muitas vezes no encaixe passa da mão esquerda para a mão direita, evidenciando assim uma preferência manual direita.

Linguagem - A este nível o B. na avaliação formal obteve uma pontuação de 12 e 11 cotadas nas Áreas de Audição e Fala e Fala e Linguagem respetivamente, sendo das Áreas mais fracas que B. apresenta. É uma criança que tem como característica o uso de ecolalias, ou seja, repete sempre o que lhe dizem, sendo por vezes uma barreira ao nível da comunicação, uma vez que a resposta dele é sempre a repetição do outro. Neste aspeto é ainda evidente que o B. ao tentar expressar-se, evidencia muita dificuldade na articulação das palavras, sendo que o seu discurso é por vezes de difícil compreensão.

Ao nível da comunicação recetiva, o B. consegue seguir instruções simples que lhe sejam já familiares e presentes na sua rotina (arrumar os brinquedos, etc.). Quando é dada uma instrução mais restrita como por exemplo colocar um objeto específico em cima da mesa, que requer uma discriminação de um objeto entre vários, ele apresenta grande dificuldade.

O B. no seu discurso usa mais de 5 palavras com significado, junta 2 palavras para formar frases simples, pede objetos que lhe são familiares na sua rotina dizendo o nome, repete sons, aponta para partes do corpo e aponta para objetos nomeados que lhe são familiares.

Quanto á competência de nomeação de objetos, quando lhe é perguntado “o que é isto”, o B. utiliza frequentemente ecolalia respondendo “o que é isto”, sendo sempre necessário reforço verbal e repetições para ele efetivamente nomear o objeto que pretendido e que lhe é familiar.

Cognição- Neste é o domínio de desenvolvimento o B. obteve uma pontuação de 15, sendo também das Áreas mais fraca que apresenta. O B. apresenta dificuldades ao nível da atenção, concentração e permanência na tarefa o que acaba por influenciar a aquisição de outras competências ao nível da cognição. Ele não consegue permanecer atento numa atividade, evidenciando um comportamento um tanto oscilatório de interesse/desinteresse, ou seja, o B. interessa-se pela atividade durante alguns segundos, desinteressa-se e dispersa a sua atenção para outros objetos, quando chamado á atenção volta-se a focar na atividade, voltando-se a desinteressar e focando a sua atenção novamente para outros objetos, tendo assim muitas dificuldades em completar uma tarefa.

Outro aspeto importante é a sua “obsessão” por um objeto aleatório, ou seja, o B. foca a sua atenção num objeto qualquer que lhe desperte interesse e apresenta um comportamento peculiar de repetir sistematicamente o nome do objeto, vai de encontro ao objeto, larga o objeto e focasse na atividade, e num limiar de segundos volta a procurar o contato físico com o objeto. Quando permanece em contato físico com o objeto, continua a repetir sistematicamente o nome. Quando o objeto lhe é retirado reage com muita frustração.

O B. consegue realizar a associação, ou seja, junta 2 a 3 objetos e cores semelhantes, e já tem alguma noção de categorização. Contudo ainda não adquiriu a noção de cor, tamanho e formas, competências que são espectadas para a sua idade cronológica.

Relativamente á noção corporal, apesar do B. reconhecer partes do corpo em si e no outro, apresenta dificuldades na perceção da noção do corpo num todo (esquema corporal).

Socio- Emocional – Na Área social o B. obteve uma pontuação de 15, estando

também nesta Área muito abaixo ao esperado para a idade. Ao nível de interação com pares da mesma idade, o B. é uma criança que tem dificuldades em partilhar brinquedos mas interage em situações de jogo em pequenos grupos. Devido á sua dificuldade em permanecer numa atividade, tende a desinteressar-se e acaba por agarrar num objeto e isolar-se da atividade.

O B., apesar de ser uma criança sociável e recetiva, aceitando bem o adulto, evidencia dificuldades em esperar pela sua vez num jogo ou em outro contexto como a alimentação, e em respeitar regras estipuladas, sendo uma criança muito persistente.

Autonomia- O B. nesta Área obteve uma pontuação de 13, e apesar de estar abaixo do que é esperado para a sua idade é das Áreas mais fortes que possui. Assim sendo, a este nível, o B. consegue verbalizar as suas necessidades (ex. beber agua), embora ainda não consiga verbalizar a necessidade de ir á casa de banho, e nem tenha adquirido o controlo dos esfíncteres.

O B. bebe sozinho por um copo, come com a colher (ás vezes utiliza as mãos), lava e seca as mãos, e tem dificuldade em permanecer sentado na cadeira até a refeição acabar.

Já tenta descalçar-se na hora da sesta, tirar as meias, despir o casaco quando desabotoado e enfiar os braços nas mangas do casaco, embora ainda evidencie dificuldades.

Posteriormente, segue-se um quadro com o resumo das Áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o perfil da criança no início da intervenção, com base na aplicação de escala SGS – II.

	Avaliação Inicial
Áreas Fortes	Visual e Autonomia
Áreas Intermédias	Locomoção, Manipulação, Audição e Fala
Áreas Fracas	Fala e Linguagem, Social, Cognição

Tabela 5 – Áreas fortes, intermédias e fracas na avaliação inicial (SGS)

De um modo geral, todas as Áreas são Áreas fracas, uma vez que se encontram mais de 2 intervalos abaixo da idade esperada. Contudo em algumas Áreas obteve uma melhor pontuação do que em outras, sendo que é importante evidenciar quais as mais fortes e as mais fracas (Tabela 5).

7.1.3) Objetivos de Intervenção

De seguida, serão apresentados os objetivos de intervenção delineados, tendo em conta os vários domínios de desenvolvimento.

Os Objetivos foram divididos e trabalhados em sessões individuais e sessões em grupo na sala do B.. Assim sendo á frente de cada objetivo será referido em que tipo de sessão foram trabalhados, sendo que existem Objetivos foram trabalhados em ambas as sessões.

Será apresentado um (V) à frente de cada objetivo que a criança conseguiu alcançar no processo de intervenção.

MOTRICIDADE GLOBAL

Objetivo Específico: Desenvolver os padrões motores básicos (sessões de grupo e individuais)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Realizar um salto consolidado a pés juntos
- ∂ Subir escadas com alternância de pés (V)
- ∂ Descer escadas sem alternância de pés, de modo independente (V)
- ∂ Correr com segurança (V)
- ∂ Apanhar objetos do chão fletindo as pernas (V)
- ∂ Marchar ao ritmo imposto pela música/ colaborar em jogos de imitação

Objetivo Específico: Desenvolver as capacidades manipulativas (sessões de grupo e individuais)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Lançar uma bola de tamanho médio com ambas as mãos
- ∂ Receber uma bola de tamanho médio com ambas as mãos (V)
- ∂ Chutar uma bola de tamanho médio (V)

MOTRICIDADE FINA

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de realizar grafismos (sessões individuais)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Segurar um lápis/pincel realizando uma pinça nítida (V)
- ∂ Imitar rabisco circular e horizontal
- ∂ Realizar rabiscos espontâneos (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a coordenação oculo-manual (sessões individuais e de grupo)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Utilizar maioritariamente a mão preferencial (V)
- ∂ Apanhar objetos realizando uma pinça manual nítida (V)
- ∂ Virar a página de um livro (V)
- ∂ Tentar cortar com a tesoura
- ∂ Fazer bolas com plasticina
- ∂ Realizar enfiamentos simples (V)

LINGUAGEM

Objetivo Específico: Desenvolver a comunicação recetiva (sessões em grupo e individuais)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Apontar para objetos específicos quando solicitado (V)
- ∂ Apontar para detalhes de um livro (V)

- ∂ Seguir instruções simples (ex. coloca o livro em cima da mesa) (V)
- ∂ Responder quando lhe chamam pelo nome (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a linguagem expressiva (*sessões de grupo e individuais*)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Usar mais de 10 palavras com significado (V)
- ∂ Nomear diferentes imagens e objetos (V)
- ∂ Dizer o seu nome (V)
- ∂ Articular de forma perceptível as palavras que diz (V)
- ∂ Responde a perguntas de alternativa sim /não (V)
- ∂ Utilizar pronomes possessivos meu/teu
- ∂ Reconhecer proposições: dentro/fora, em cima/em baixo (V)

COGNIÇÃO

Objetivo Específico: Desenvolver a atenção (*sessões individuais*)

Objetivo comportamental:

- ∂ Manter a atenção para livros e figuras por maiores períodos de tempo (V)

Objetivo Específico: Desenvolver o jogo simbólico (*sessões individuais e de grupo*)

Objetivo comportamental:

- ∂ Desenvolver o jogo simbólico descentrado (ex. da de comer á boneca ou ao adulto) (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de associação e categorização (*sessões individuais*)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Localizar um objeto igual a outro mostrado (V)
- ∂ Reproduzir modelos iguais (com cubos)
- ∂ Agrupar os objetos por categorias (animais, comida, roupa) (V)

Objetivo Específico: desenvolver a noção de tamanho (*sessões individuais*)

Objetivo comportamental:

- ∂ Identificar, apontando para os diferentes tamanhos (grande, pequeno) (V)

Objetivo Específico: desenvolver a noção corporal (*sessões individuais*)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Nomear partes do corpo em si e no outro (V)
- ∂ Encaixar partes do corpo de uma figura humana (V)

Objetivo Específico: desenvolver a capacidade de reconhecer e identificar ações (*sessões individuais*)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Apontar para ações (comer, vestir, brincar, etc) (V)
- ∂ Nomear os objetos pela função (copo – beber) (V)

Objetivo Específico: desenvolver a capacidade de reconhecer e identificar as

formas geométricas (*sessões individuais*)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Identificar as diferentes formas geométricas (quadrado, círculo, triângulo), apontando para as mesmas (V)

Objetivo Específico: desenvolver a capacidade de reconhecer e identificar as cores básicas: Azul, amarelo, vermelho (*sessões individuais*)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Associar objetos com cores iguais (V)
- ∂ Apontar para as cores básicas (azul, amarelo, vermelho) (V)
- ∂ Nomear as cores básicas (azul, amarelo, vermelho)

SOCIO-EMOCIONAL

Objetivo Específico: Desenvolver as capacidades de interação social (*sessões individuais e de grupo*)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Partilhar de brinquedos (V)
- ∂ Utilizar a expressão “obrigado” (V)
- ∂ Utilizar a expressão “desculpa”
- ∂ Aceitar regras estipuladas na sala ou durante um jogo
- ∂ Aguarda pela sua vez no jogo (V)

Objetivo Específico: Desenvolver processos de comunicação recíproca (*sessões individuais*)

Objetivos comportamentais:

- ∂ Reconhecer pelo menos duas emoções (contente e triste) (V)
- ∂ Adquirir uma maior resistência à frustração (V)

AUTONOMIA

Objetivo Específico: Desenvolver a autonomia relativamente às capacidades de alimentação e controlo dos esfíncteres. (*fora das sessões. Na rotina do B.: á sua chegada, á hora da refeição, e á hora da sesta*).

Objetivos comportamentais:

- ∂ Comer autonomamente com a colher (V)
- ∂ Expressar as suas necessidades verbalmente (V)
- ∂ Adquirir a capacidade de controlo dos esfíncteres (diurno)
- ∂ Descalçar os sapatos sozinho (V)
- ∂ Despir algumas peças de roupa sozinho (V)

Sendo que algumas Áreas são mais trabalhadas que outras nas sessões, com base nos objetivos das crianças, segue-se abaixo um Gráfico da distribuição das Áreas trabalhadas durante todo o processo de intervenção.

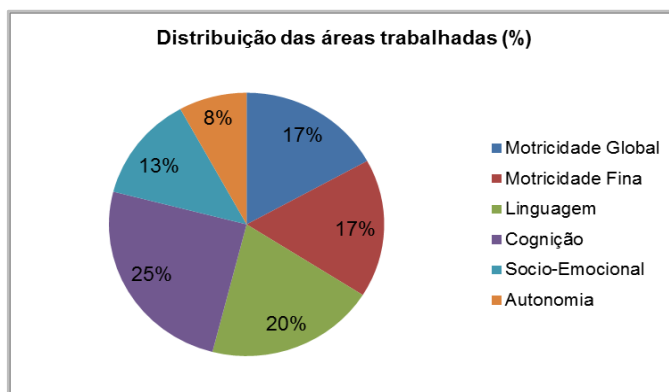


Gráfico 2 – Distribuição das Áreas trabalhadas de B.

7.1.4) Distribuição das sessões

Foram realizadas na totalidade 32 sessões⁵, tendo sido estipuladas á partida 35, não tendo sido as restantes concretizadas por motivos de doença da criança ou atividades da creche.

As sessões foram repartidas em sessões individuais e sessões de grupo na sala de B., tendo sido realizadas 25 sessões individuais e 7 sessões de grupo. Esta diferença do número de sessões deve-se ao fato de B. necessitar mais de acompanhamento individualizado, principalmente ao nível da atenção e concentração.

Abaixo segue-se um Gráfico com a distribuição de todo o processo de intervenção.

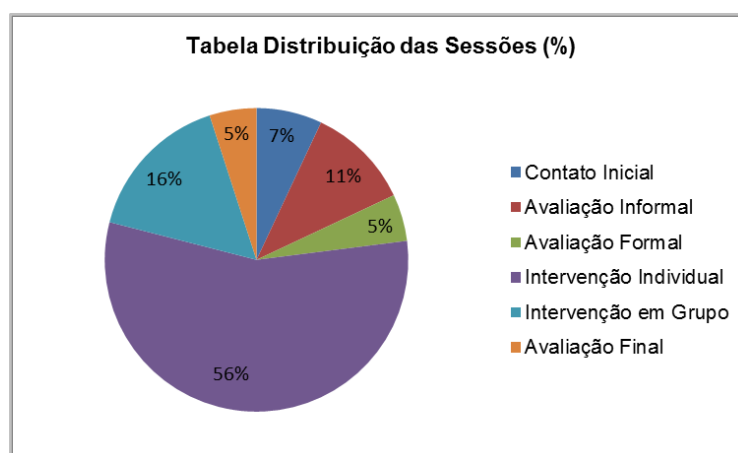


Gráfico 3 – Distribuição das sessões de B

⁵ Exemplo de Planeamento e Relatório de uma Sessão Individual e em Grupo de B em Anexo VI

7.1.5) Tipologia das sessões

As sessões de B. seguiam sempre a mesma estrutura, de forma a criar uma rotina para ele se sinta mais estável e seguro nas sessões.

Durante as intervenções com o B., as sessões apresentavam a seguinte tipologia:

Ritual de Entrada	Contato inicial e cumprimento
Ativação Geral	Atividade de aquecimento geral e mobilização dos membros e articulações, através de uma música com coreografia
Corpo da sessão	Realização de atividades que vão de encontro aos Objetivos estipulados
Retorno á calma	Atividade de relaxação (aderir ao estado de calma e passividade)
Ritual de saída	Feedback da sessão e despedida

Tabela 6 – Tipologia das sessões de B.

7.1.6) Estratégias utilizadas durante a Intervenção

No contato inicial, o B. demonstrou ser uma criança bastante recetiva, aceitando bem o novo adulto, sorrindo e puxando para brincar. Apesar de ter sido logo evidenciado que B. isolava-se um pouco na sala e tinha dificuldades em partilhar os brinquedos, conseguiu-se construir uma boa relação de confiança tendo-se utilizado como estratégias o elogio, reforço positivo e brincadeiras de interesse da criança, nomeadamente de expressão plástica e de construções com blocos.

Apos ter sido estabelecido um bom vínculo na relação com a criança, esta foi levada para um novo espaço (sala das intervenções) para dar início a uma intervenção individualizada. A criança aceitou bem sair da sala com o adulto e entrou na nova sala cheia de entusiasmo. A sala como se encontrava com alguns brinquedos, que tinham sido deixados propositadamente para cativar a criança a permanecer e a gostar, esta demonstrou um comportamento de obsessão por um dos objetos (vaquinha com rodas), querendo sempre só esse objeto, recusando-se brincar com outros brinquedos e recusando qualquer iniciativa por parte da estagiária a desenvolver uma brincadeira com o mesmo objeto (e.g. andar em cima da vaquinha pela sala, apontar para partes do corpo do boneco, etc.).

As sessões iniciais de intervenção foram bastante complicadas uma vez que o B. adotava sempre o mesmo comportamento. Quando o objeto em questão foi retirado da sala, o B. demonstrou bastante frustração, recusava-se a entrar e permanecer na sala e quando se utilizou nova estratégia de voltar a cativar com outro tipo de brinquedo ou atividade, ele voltava a adotar o mesmo comportamento para outro objeto presente.

Adotou-se a estratégia de retirar todos os objetos distrativos da sala, deixando somente o necessário para a intervenção, utilizando também o reforço positivo nas atividades, ou seja, no final de cada sessão se o B. realizasse as atividades era-lhe dado 5 minutos no final para brincar com um brinquedo á escolha, indo com ele a outra sala escolher o brinquedo.

Outra situação complicada durante as sessões foi a pouca permanência nas atividades que o B. evidenciava, recusando-se sempre a terminar qualquer atividade proposta, desviando sempre a sua atenção. Ao longo das sessões e com o reforço positivo no final de cada sessão o B. foi evoluindo bastante conseguindo permanecer em todas as atividades até ao fim, mas sempre pedindo no final o brinquedo (reforço positivo).

Durante as sessões foi sempre utilizado uma linguagem simples com a criança, e gradualmente lhe foi sendo retirado as ajudas físicas e verbais.

O B. como demonstrou ser uma criança muito desorganizada que necessita de uma rotina para se sentir seguro, por isso as sessões seguiam sempre a mesma estrutura, de forma a criar na criança a antecipação da ação e se sentir segura uma vez que sabe o que tem que fazer em cada fase da sessão.

Outra estratégia utilizada e que vai muito de encontro ao fato de B. ser uma criança muito desorganizada, foi a contenção, ou seja, perante o envolvimento o B. não permanecia por exemplo sentado numa cadeira para realizar uma atividade, olhava sempre para toda a sala e adotava o comportamento de ir para uma parte da sala e num limiar de segundos olhava para outra coisa e já corria para a outra parte da sala. A contenção mais ao nível espacial foi criada de forma ao B. se sentir mais seguro, contido e organizado.

Assim sendo, uma das estratégias utilizadas como forma de contenção foi o posicionamento da mesa que se encontrava no centro da sala e que foi colocada num canto da sala, onde a criança ficava entre a parede e o adulto, e assim conseguia-se focar mais na atividade que lhe era dada.

7.1.7) Avaliação Final – Balanço da intervenção

De forma a compreender melhor o percurso e as evoluções do B., será apresentada uma síntese quantitativa e qualitativa dos resultados nas várias áreas do desenvolvimento, realizando uma comparação entre a avaliação inicial e a avaliação final.

Abaixo segue-se o Gráfico de perfil de desenvolvimento da criança, onde se pode comparar as diferenças nos resultados de avaliação inicial e final.

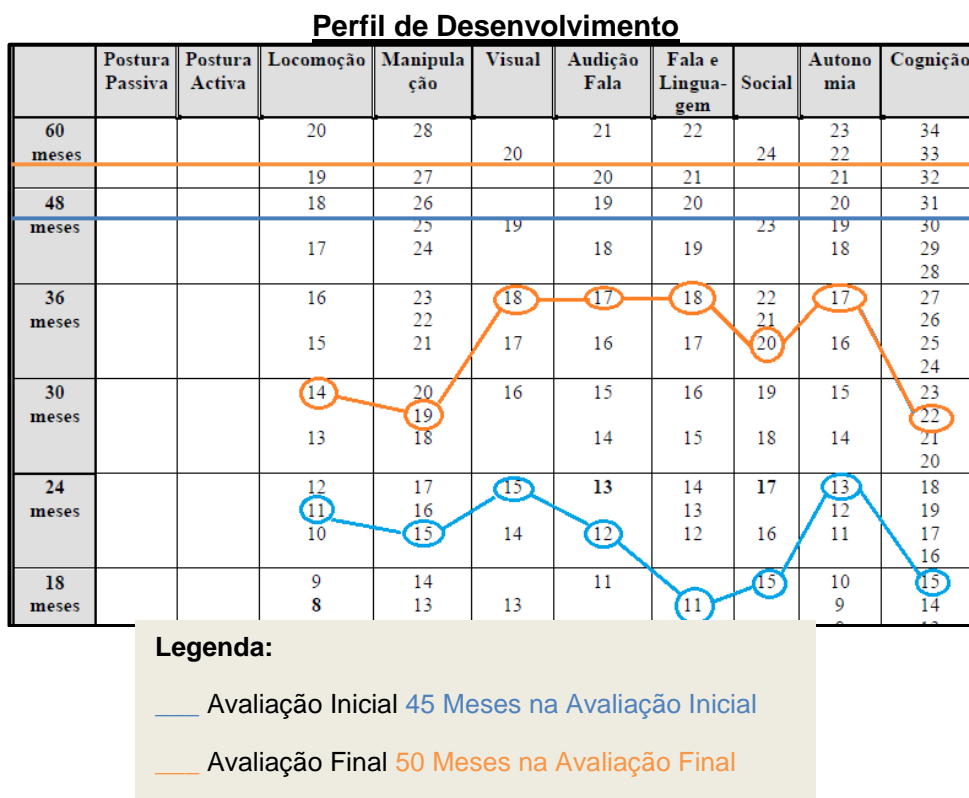


Gráfico 4 – Balanço da avaliação inicial e final da SGS II

Motricidade Global - Nesta área o B. evoluiu um intervalo, tendo obtido uma pontuação de 14, contudo ainda muito abaixo do esperado para a idade. O B. já corre com mais segurança e evidência uma marcha mais coordenada e menos cambaleante, observado em atividades motoras nas sessões (circuitos, atividades de marcha, etc.) e em alguns momentos da rotina escolar do B.. Consegue subir escadas com alternância dos pés autonomamente, e descer sem alternância dos pés e de modo independente. Quanto ao salto vertical, o B. ainda possui um salto muito rudimentar, i.e., não junta os pés e não salta paralelamente com ambos.

Ainda ao nível dos padrões motores básicos o B. possui ainda dificuldades em imitar movimentos numa coreografia, não conseguindo dissociar os movimentos ao nível dos membros superiores. Na ação de apanhar um objeto do chão, o B. já consegue realizar a flexão das pernas, e apanhar o objeto corretamente.

Ao nível das capacidades manipulativas, o B. já consegue receber uma bola de tamanho médio juntando as mãos, contudo na ação do lançar ainda evidência imensa dificuldade, aplicando pouco força.

Ao nível da coordenação oculo-pedal, o B. já corre em direção a uma bola e chuta com o pé preferencial (direito).

Motricidade Fina- o B desde a primeira avaliação subiu um intervalo nesta Área, obtendo uma pontuação de 19. O B. já realiza uma pinça nítida, observada quando segura num lápis ou quando realiza enfiamentos. Nas capacidades grafomotoras, o B. já consegue segurar no lápis corretamente, contudo não consegue imitar um círculo nem realizar trajetórias simples com o lápis, continua somente a realizar rabiscos simples.

Quanto á coordenação oculo-manual o B. consegue virar as páginas de um livro, realiza enfiamentos simples, contudo ainda tem dificuldades em corta com uma tesoura (pouca força para abrir a tesoura na ação de cortar), e em fazer bolas com plasticina.

Linguagem – Esta foi a área em que B. mais evoluiu, subindo 2 intervalos e obtendo uma pontuação de 17 e 18 respetivamente, tando passado das Áreas mais fracas para as mais fortes. O B. no seu discurso teve uma evolução notória, raramente utiliza a ecolalia, expressa-se melhor verbalmente, construindo frases completas de 3/4 palavras e articulando melhor as mesmas. Nomeia vários objetos (mais de 10), repete sons, nomeia para detalhes de figuras, reconhece e emprega as proposições em cima e em baixo, e utiliza o pronome possessivo “meu”, tendo ainda dificuldades em empregar o pronome “teu”.

Ao nível da comunicação recetiva, o B. consegue seguir instruções simples e que requerem um nível atenção maior (colocar o livro pequeno em cima da mesa, etc.), aponta para pequenos detalhes de um livro e responde ao seu nome.

Cognição – Nesta área obteve uma pontuação de 22, subindo 2 intervalos, contudo ainda é considerada das áreas mais fracas de B. Ele adquiriu uma maior permanência nas atividades, mantendo-se numa atividade até ao fim, evoluindo também na sua capacidade de atenção e concentração. Esta evolução deveu-se muito ao reforço positivo utilizado nas sessões, ou seja, se ele realizasse as atividades até ao fim, no fim da sessão tinha uma recompensa (e.g. brincar com um brinquedo á sua escolha), motivando-o assim para as atividades. O B. também já reage melhor á frustração, aceitando melhor a negação e entendendo que para ter o que quer tem de fazer o que lhe pedem primeiro. Consegue associar objetos iguais e agrupa-los em categorias (e.g. animais, comida, roupa), consegue identificar os tamanhos grande e pequeno, apontando para os mesmos ou nomeando-os e consegue encaixar as partes do corpo de uma figura humana, adquirindo já uma noção de esquema corporal e nomeando também várias partes do corpo em si e no outro.

O B. também já é capaz de identificar ações que lhe sejam familiares, apontando para

as mesmas (comer, vestir, etc.), e nomear as diferentes formas geométricas (quadrado, círculo, triângulo). Contudo ainda não é capaz de nomear objetos pela função, necessitando sempre de hipótese de escolha (e.g. copo- serve para beber ou vestir?).

Por fim, relativamente à noção de cor, o B. apesar de ter adquirido a noção das cores primárias, conseguindo apontar para as mesmas a pedido, ainda demonstra dificuldade em nomear as cores, utilizando muito a tentativa erro e necessitando sempre de reforço verbal.

Socio- Emocional- Na área social o B. evoluiu 2 intervalos, obtendo uma pontuação de 20 e subido de uma área fraca para uma intermédia. Ao nível de interação com pares da mesma idade, o B. já se expressa melhor criando diálogos com outras crianças em pequenos grupos, partilha brinquedos e permanece mais tempo a brincar com os outros a mesma brincadeira.

O B. já consegue aguardar pela sua vez no jogo, contudo ainda evidência algumas dificuldades em aceitar as regras estipuladas na sala ou durante um jogo, como por exemplo no jogo dos enfiamentos, quando chegou a sua vez, quis enfiar todas as peças não passando o enfiamento ao colega seguinte.

Autonomia – Nesta área o B. evoluiu de uma pontuação de 13 para 17, mantendo-se como uma das Áreas mais fortes. O B. consegue verbalizar melhor as suas necessidades (ex. quero beber água), e já vai conseguindo verbalizar a necessidade de ir á casa de banho. O controlo dos esfíncteres ainda não está totalmente adquirido, contudo durante o dia já não usa a fralda.

O B. ao nível da alimentação já come melhor com o garfo, usando menos vezes as mãos e utilizando estratégias durante a refeição (juntar a comida toda antes de colocar no garfo).

Descalçar-se na hora da sesta, tira as meias, consegue despir o casaco quando desabotoado e despir calças quando desabotoadas e cuecas.

Posteriormente, segue-se um quadro com o resumo das áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o perfil da criança no início e no final da intervenção, com base na aplicação de escala SGS – II.

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Áreas Fortes	Visual e Autonomia	Visual, Audição e Fala, Fala e Linguagem e Autonomia
Áreas Intermédias	Locomoção, Manipulação, Audição e Fala	Social
Áreas Fracas	Fala e Linguagem, Social, Cognição	Locomoção, Manipulação e Cognição

Tabela 7– Áreas fortes, intermédias e fracas na avaliação inicial e final (SGS)

De acordo com a tabela 7 pode-se observar que a área em que B. teve mais evolução foi a da Fala e Linguagem, evoluindo de uma área fraca para uma área forte. Este fato como já foi referido acima deve-se muito ao fato de B. ter deixado de utilizar ecolalia no seu discurso e ter evoluído, começando a construir frases e a relatar experiências recentes.

Relativamente á área da locomoção, apesar de B. ter evoluído nos seus padrões motores básicos, a sua idade cronológica também aumentou, encontrando-se esta competência ainda muito abaixo para a idade esperada, tendo por isso, passado de uma área intermédia para uma área fraca.

Na Área da manipulação subiu de uma área fraca para uma área intermédia, tendo o

B. evoluído na preensão e pinça manual.

Após observados os resultados obtidos, considerou-se importante, analisar o conjunto de objetivos concretizados e os não concretizados ao longo da intervenção. Dos 55 objetivos estipulados, 43 foram concretizados e os restantes ainda não foram alcançados pela criança.

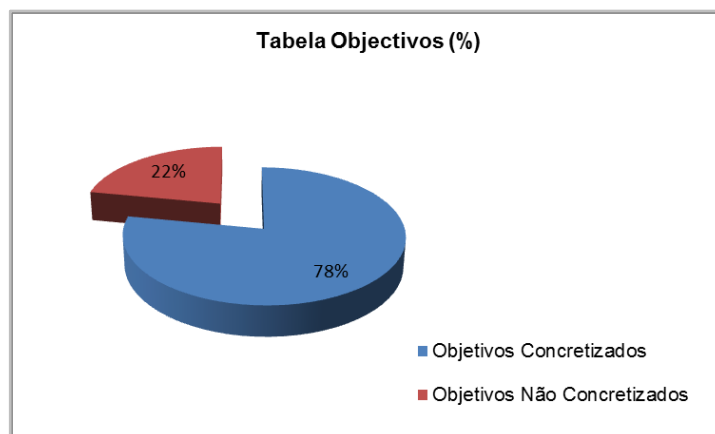


Gráfico 5 – Objetivos concretizados de B

7.2) Caso 2 - Criança A.

7.2.1) Caracterização da criança

O A. é do género masculino, no começo da intervenção tinha 5 anos e 9 meses, é segundo filho de um casal jovem, residente no Zambujal. A mãe tem 37 anos, tem o 9º ano de escolaridade e é operadora. O pai tem 36 anos, 9º ano de escolaridade e é cantoneiro. Tem um irmão 9 anos mais velho. O A. é filho de pais consanguíneos (primos em primeiro grau) com outras histórias de deficiência e doença mental na família.

A sinalização da família ao STIP chegou em Novembro de 2006, através do Hospital Garcia de Orta (HGO), devido á preocupação com o Desenvolvimento do A., pedindo apoio á família e estimulação global da criança.

Segundo o Neuropediatra, o A. nasceu com várias má-formações cerebrais, com fácies peculiar, com olhos alongados, filtro longo, orelhas com inserção baixa, pavilhões auriculares assimétricos e pescoço curto, sem episódios convulsivos. Hipotonia axial com hipertonia dos membros.

O A. recebeu em anos anteriores apoio em terapia ocupacional, do centro de desenvolvimento do HGO, uma vez por semana. O apoio do STIP tem tido ao longo dos anos uma frequência de duas vezes por semana.

O A. atualmente está ingressado no jardim de Infância da Casa do Povo, numa turma de pré-escolar.

7.2.2) Avaliação Inicial

A avaliação inicial de A. foi realizada de um modo informal, onde se elaborou uma checklist⁶ de acordo o nível de competência da criança. A avaliação foi realizada em Outubro de 2011, tendo o A nessa altura 5 anos. Não foi aplicado nenhum teste formal devido á grande discrepância entre as competências reais e as esperadas para a idade cronológica. O A. é uma criança com uma Paralisia Cerebral Profunda estando o seu desenvolvimento ao nível do esperado para bebé de 6/8meses.

Abaixo segue-se uma apreciação global do desenvolvimento do A., organizada de acordo com os domínios de desenvolvimento observados durante a avaliação informal.

Motricidade Global- No que concerne a área da motricidade global, o A. devido á sua condição clínica, apresenta limitações profundas, necessitando de ajuda total, na sua rotina, para se colocar em diferentes posições.

O A. consegue levantar a cabeça e mante-la ereta durante algum tempo, dependendo do tipo de estímulo que tenha. Não se consegue colocar na posição de sentado nem coopera nessa transição, mas mantém-se nessa posição sem ajuda durante algum tempo e mais uma vez dependendo da sua disposição e estímulo envolvente. Na sua rotina mantém-se na posição de sentado por um período de tempo mais prolongado, necessitando de um ligeiro apoio ao nível das costas e reajustamento contante de postura e equilíbrio.

O A. apresenta uma hipertonicidade nos membros, conseguindo exercer força nos mesmos quando colocado em posições que obriguem a esse esforço. Não se consegue colocar em pé, nem dar passos, contudo encontrando-se nessa posição, mantém-se por algum tempo, exercendo força nas pernas e necessitando de apoio somente ao nível postural.

Também não se consegue colocar de gatas, uma vez que exerce força oposta nos membros superiores, mantendo-os fletidos e com as mãos fechadas, conseguindo apenas manter os joelhos dobrados nessa posição.

O A. possui ainda dificuldades em rolar sobre si próprio, contudo já foi observado a passar da posição de decúbito dorsal para ventral com intenção.

Motricidade Fina- Quanto á motricidade fina, o A. é uma criança que consegue juntar as mãos para agarrar brinquedos e possui preensão palmar, contudo utiliza somente a manipulação como forma de exploração de objetos.

Assim sendo, apesar de segurar e manipular objetos, exercer força para não serem retirados das suas mãos e bater espontaneamente com as mãos nos objetos enquanto brinca, o A. não consegue transferir um objeto de uma mão para a outra e tem dificuldades em elevar os braços para alcançar objetos mais distantes, uma vez que não estabelece contato ocular com os mesmos.

Quando o brinquedo lhe é dado e retirado lentamente, ele consegue seguir a direção do objeto com os braços, elevando-os até um determinado ponto.

O A. consegue bater palmas sozinho, contudo não leva objetos á boca nem consegue apontar com o indicador.

Sensorial e Cognitivo- Neste domínio de desenvolvimento o A. não segue um objeto ou luz no plano vertical ou horizontal, raramente olha para o local de onde provem o som e quando olha é por breves instantes dispersando logo de seguida, e não vira a cabeça em direção a nenhum tipo de estímulo sonoro ou visual. Em alguns tipos de sons

⁶ Checklist de Avaliação Informal de A. em Anexo VII

(instrumentos musicais) apesar de não estabelecer contato ocular, demonstra agrado sorrindo e gesticulando em resposta ao estímulo.

No entanto, o A. é uma criança que parece demonstrar interesse por objetos ou brinquedos novos, explorando com as mãos diferentes texturas e demonstrando agrado (sorrindo) e desagrado (fecha a mão). No contato com os mesmos, reage bem ao toque e demonstra sentir quando um objeto é colocado em contato com diferentes partes do corpo, exercendo até alguma força nos músculos dos membros que são tocados.

Mantem a sua atenção por pouco tempo quando colocado um estímulo sonoro, visual ou tátil, necessitando de contante reforço para se manter na tarefa.

Também apresenta pouca resistência muscular, mantendo-se pouco tempo em posições que requerem força muscular (em pé, de gatas).

Comunicação e Linguagem- Como já foi referido em cima, o A. tem grande dificuldade em estabelecer contato ocular com brinquedos ou pessoas, olhando muito raramente e por breves instantes para a pessoa que fala com ele. É importante referir que o A. tem problemas de visão e necessita de usar óculos, sendo que atualmente não usa o que dificulta ainda mais a sua capacidade de compreensão do mundo que o rodeia.

O A. consegue expressar os seus estados emocionais, emitindo sons e agitando os braços energeticamente, fazendo caretas ou sorrindo quando gosta ou não de algum tipo de estímulo.

7.2.3) Objetivos de Intervenção

Posteriormente, serão apresentados os objetivos de intervenção delineados, tendo em conta os vários domínios de desenvolvimento.

Será apresentado um (V) á frente de cada objetivo que a criança conseguiu alcançar no processo de intervenção.

MOTRICIDADE GERAL

Objetivo Específico: Desenvolver os padrões motores básicos

Objetivos comportamentais:

- ∂ Em decúbito ventral levantar a cabeça (V)
- ∂ Em decúbito dorsal levanta a cabeça
- ∂ Manter a cabeça ereta durante alguns segundos, na posição vertical (V)
- ∂ Manter-se na posição de sentado sem ajuda (V)
- ∂ Rolar de decúbito dorsal para ventral
- ∂ Rastejar
- ∂ Manter-se na posição de gatas durante alguns segundos (V)
- ∂ Manter-se na posição de pé quando colocado (V)

MOTRICIDADE FINA

Objetivo Específico: Desenvolver as capacidades manipulativas

Objetivos comportamentais:

- ∂ Segurar um objeto quando colocado nas suas mãos (V)
- ∂ Juntar as mãos para agarrar um objeto (V)
- ∂ Alcançar um objeto quando colocado na linha média (V)
- ∂ Estabelecer contato ocular com um objeto enquanto o manipula

- ∂ Transferir um objeto de uma mão para a outra

COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM

Objetivo Específico: Desenvolver a comunicação receptiva

Objetivos comportamentais:

- ∂ Olha para objetos ou figuras (V)
- ∂ Presta atenção a sons diversos (V)
- ∂ Olha quando ouve o seu nome

Objetivo Específico: Desenvolver a linguagem expressiva

Objetivos comportamentais:

- ∂ Tentar imitar sons simples (balbucias)
- ∂ Aumentar vocalizações (V)
- ∂ Responder com sons ou expressão corporal aos diferentes estímulos (V)

SENSORIAL E COGNITIVO

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de integrar sensações diferentes.

Objetivos comportamentais:

- ∂ Exercer força nos diferentes músculos estimulados (aumentar a resistência muscular) (V)
- ∂ Sentir diferentes texturas e explora-las (V)
- ∂ Olhar para o local de onde provem o som (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de interação com objetos

Objetivos comportamentais:

- ∂ Aumentar o tempo da tarefa (V)
- ∂ Demonstrar interesse por objetos (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a noção de corpo através da relaxação (V)

Sendo que algumas áreas são mais trabalhadas que outras nas sessões, com base nos Objetivos das crianças, segue-se abaixo um Gráfico da distribuição das Áreas trabalhadas durante todo o processo de intervenção.

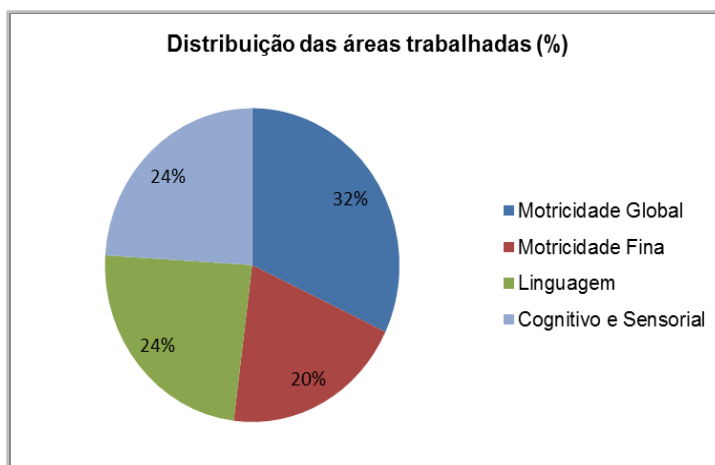


Gráfico 6 – Distribuição das Áreas trabalhadas de A

7.2.4) Distribuição das sessões

Foram realizadas na totalidade 26 sessões ⁷. Inicialmente as sessões eram realizadas duas vezes por semana, contudo devido restrições horárias, passaram a ser realizadas duas vezes por semana quinzenalmente e uma vez por semana nas restantes.

Abaixo segue-se um Gráfico com a distribuição de todo o processo de intervenção

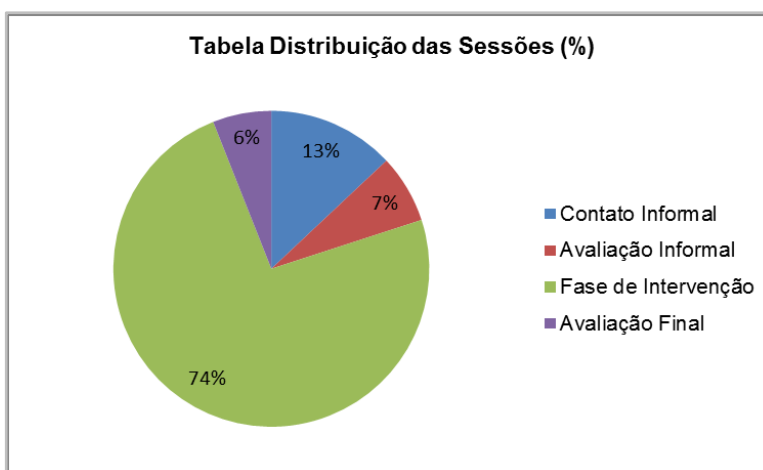


Gráfico 7 – Distribuição das sessões de A.

⁷ Exemplo de Planeamento e Relatório das sessões de A. em Anexo VIII

7.2.5) Tipologia das sessões

Durante as intervenções com o A., as sessões apresentavam a seguinte tipologia:

Ritual de Entrada	Contato inicial (tentar estabelecer contato ocular) e cumprimento
Aquecimento Geral	Mobilização dos membros e articulações
Corpo da sessão	Realização de atividades que vão de encontro aos Objetivos estipulados
Retorno á calma	Atividade de relaxação (aderir ao estado de calma e passividade e diminuir a tensão muscular)
Ritual de saída	Tentar estabelecer contato ocular na despedida

Tabela 8 – Tipologia das sessões de A.

7.2.6) Estratégias utilizadas durante a Intervenção

O A. é uma criança com grandes limitações, por isso a ajuda física esteve sempre presente nas sessões, contudo, em algumas posições essa ajuda foi diminuindo gradualmente ao longo de toda a intervenção.

Em todas os objetivos trabalhados, teve de se adotar várias estratégias de forma a facilitar a criança a realizar a atividade e posteriormente ajuda-a a adquirir determinadas capacidades. Por exemplo, no objetivo de se manter na posição de sentado, foi adotada a estratégia de colocar as mãos de A. de palmas abertas, um pouco atrás das costas de forma a dar mais estabilidade, e foram induzidas pequenas oscilações para ser o A. a reajustar o equilíbrio. Ao longo da intervenção o A. evoluiu e já se consegue manter sentado sem qualquer ajuda física.

Na manipulação de objetos, apesar do A. demonstrar interesse por um objeto, manipula durante uns segundos e perde logo o interesse, tendo sido usado como estratégia não só a este nível como em todos o reforço verbal positivo, incentivando A. a permanecer mais tempo na atividade e outras estratégias como por exemplo retirar a bola das mãos de A. e coloca-la em diferentes posições para a alcançar, ou demonstrar outras sensações como passar a bola pela sua cara, entre outras.

Ao nível da manipulação dos instrumentos musicais, como bater num tambor ou com uns pratos ou agitar uma maraca, eram sempre cantadas musicas conhecidas de A. para o incentivar não só a manipular os instrumentos, como também a reproduzir sons.

7.2.7) Avaliação Final – Balanço da intervenção

De modo a compreender melhor o percurso e as evoluções do A., será apresentada uma síntese qualitativa dos resultados e evoluções nas várias Áreas do desenvolvimento.

Motricidade Global- No que concerne a área da motricidade global, foram notórias as evoluções graduais que se foram evidenciando no A., mais especificamente nas ajudas dadas que foram diminuindo gradualmente até ao A. não necessitar quase de ajuda física em algumas posições. Assim sendo, o A. já se mantém na posição de sentado sem ajuda por períodos de tempo mais prolongados (10 a 15 min) e levanta e

mantém a cabeça ereta na vertical dependendo do tipo de estímulo envolvente.

Em decúbito ventral, deitado sobre uma almofada ou rampa de esponja, consegue levantar a cabeça e manter a posição durante algum tempo, também dependendo do tipo de estímulo. Na posição de decúbito dorsal, apesar de evidenciar força no pescoço para tentar levantar a cabeça, apresenta muitas dificuldades, não conseguindo levantar nem manter a cabeça ereta.

Já se mantém na posição de gatas sem ajuda, exercendo mais força nos membros superiores, contudo necessitando sempre de correções no posicionamento das mãos, uma vez que tende sempre a fecha-las.

Na posição de pé, o A. já se mantém na posição somente com ajuda ao nível dos ombros para não perder o equilíbrio. Na mesma posição consegue segurar vários objetos, bater numa pandeireta ou uns pratos e agitar uma maraca.

O A. ainda não consegue passar da posição de decúbito dorsal para ventral, contudo se estiver deitado de lado e se interessar por um estímulo auditivo, consegue colocar-se sozinho na posição dorsal e rodar a cabeça em direção ao som.

Motricidade Fina- Ao nível da motricidade fina, o A. já agarra objetos colocados no seu colo, manipulando na linha média com ambas as mãos e já eleva mais os braços para alcançar objetos que se encontrem acima da linha média.

O A. ainda não estabelece contato ocular enquanto manipula objetos, muito devido ao fato de ter problemas de visão e necessitar de usar óculos. Também ainda não consegue transferir um objeto de uma mão para a outra sozinho, necessitando sempre a ajuda, i.e., tendo o objeto numa das mãos, ele somente consegue levar o objeto á outra mão juntando as duas e necessitando de ajuda para retirar a outra mão.

Comunicação e Linguagem- Ao nível da comunicação recetiva o A. já consegue estabelecer mais contato ocular com objetos colocados ao nível dos olhos, contudo é só por breves instantes, desviando logo de seguida o olhar. O A. não estabelece contato ocular quando ouve o seu nome, simplesmente reage a sons que lhe são familiares.

Ao nível da linguagem expressiva, o A. já se expressa mais perante um estímulo que o incentive, como por exemplo, se ouvir uma música que goste começa a agitar os braços energeticamente, a rir e a balbuciar diferentes sons, não conseguindo contudo imitar sons simples, somente expressa sons espontâneos.

Sensorial e Cognitivo- Ao nível da integração das sensações, notou-se alguma evolução no A., ele já roda a cabeça e olha para o local de onde provem o som, embora somente por breves instantes. Exerce mais força em determinados músculos, dependendo da posição em que é colocado (na posição de gatas, exerce mais força nos braços; na posição de pé, exerce mais força nas pernas, mantendo-se mais tempo na posição).

Ao longo das intervenções foi proporcionado ao A. uma maior experiencição de diversas texturas, tendo ele explorado mais as que demonstrava gostar e expressado o seu desagrado (expressão facial e mão fechada) perante texturas menos agradáveis.

Ao nível da interação com objetos, o A. já mantém a sua atenção no mesmo objeto por períodos de tempo maiores, necessitando contudo sempre de um reforço para manter o seu interesse no objeto (e.g. com a bola de estimulação sensorial, passar as mãos lentamente para sentir os “picos” da bola, apertar as mãos contra a bola com força, levar sozinho a bola á cara para sentir a sensação, alcançar a bola que lhe é retirada, etc.), ou seja, com o mesmo objeto consegue realizar diversas ações e manter a atenção e o interesse do A. por mais tempo.

Relativamente à relaxação, durante toda a intervenção o A. sempre demonstrou gostar da atividade de retorno á calma, e foi notório que gradualmente exercia menos força ou resistência nos membros, quando tocados e massajados, através das mãos ou por intermédio de uma bola. Em algumas sessões o A. até adormeceu durante a atividade.

Após observados os resultados obtidos, considerou-se importante, analisar o conjunto de objetivos concretizados e os não concretizados ao longo da intervenção. Dos 24 objetivos estipulados, 18 foram concretizados e os restantes ainda não foram alcançados pela criança.

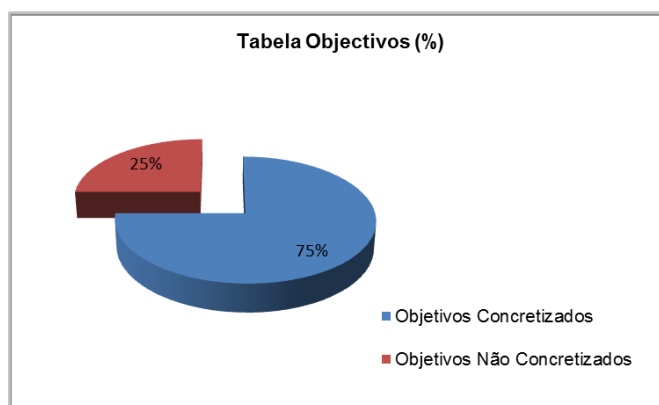


Gráfico 8 – Objectivos concretizados de A.

7.3) Caso 3 - Criança G.

7.3.1) Caracterização da criança

O G. é um menino e tinha 4 anos no começo da intervenção. A mãe tem 31 anos e o pai 35, sendo ele o único filho do casal.

Os pais queixavam-se de agitação motora e falta de atenção e concentração por parte da criança, tendo sido sinalizado pelo STIP em Outubro de 2011, evidenciando como principais problemas, para além dos que já foram referidos, problemas a nível da lateralização, planeamento da ação, coordenação motora, noção corporal, força dos membros.

O G. frequenta uma sala do jardim de infância “Educa a Brincar” em Sesimbra, tendo acompanhamento por uma terapeuta da fala duas vezes por semana e pelo STIP, de uma educadora uma vez por semana e psicomotricidade também semanalmente

7.3.2) Avaliação Inicial

A avaliação inicial teve por base uma avaliação formal com a aplicação da Escala Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths, tendo sido realizada em Outubro de 2011, quando a criança tinha 47 meses

De forma a ter-se uma perceção mais esquemática dos resultados obtidos segue-se o seguinte Gráfico que reflete, em termos percentuais, a relação entre a idade cronológica e o nível de desenvolvimento da criança, bem como uma análise qualitativa e quantitativa da avaliação inicial, organizada de acordo com os domínios de desenvolvimento.

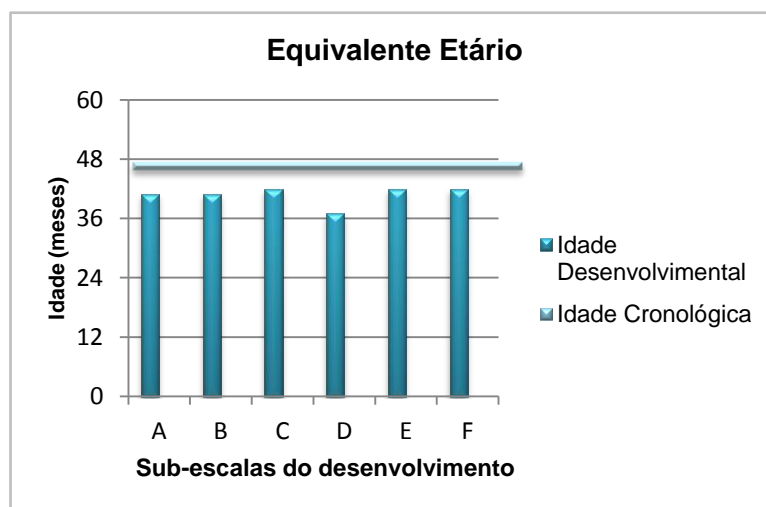


Gráfico 9 – Resultados da avaliação inicial da Griffiths

Como é possível verificar, os resultados são muito similares, contudo, a sub-escala Coordenação Olho-Mão (D) é a que se evidencia mais na escala e onde o G. apresenta mais dificuldades. As sub-escalas Motora (A) e Pessoal e Social (B) também se encontram abaixo do esperado para a idade. Nas sub-escalas Audição e Fala (C), Realização (E) e Raciocínio prático (F) apesar de serem as Áreas mais fortes do G., também se encontram aquém do esperado para a idade cronológica.

Abaixo segue-se um quadro com o resumo das áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o perfil da criança no início da intervenção, com base na aplicação de escala de Griffiths.

Avaliação Inicial	
Áreas Fortes	C - Audição e Fala E - Realização F – Raciocínio Prático
Áreas Intermédias	A - Motora B – Pessoal e Social
Áreas Fracas	D – Coordenação Olho-Mão

Tabela 9 – Áreas Fortes, Intermédias e Fracas da avaliação inicial de G.

Apesar de terem sido estabelecidos áreas fortes, intermédias e áreas fracas é de relembrar que em todas as sub-escalas avaliadas o G. revela um atraso no desenvolvimento sendo por isso necessário atuar em todas elas de modo a tentar diminuir as suas limitações e dificuldades.

Motricidade Global- Este domínio de desenvolvimento demonstra ser uma das áreas fracas do G., onde é evidente nas suas ações alguma impulsividade, descoordenação motora e dificuldade na dissociação dos movimentos.

Apesar do G. conseguir saltar a pés juntos, equilibrar-se num só pé, subir escadas

com alternância dos apoios, correr depressa e chutar numa bola, ainda não consegue descer escadas autonomamente com alternância dos apoios, saltar por cima de obstáculos com altura, saltar ao pé-coxinho, atirar uma bola ao chão e apanhar.

O G. evidencia uma descoordenação motora muito derivado á impulsividade e agitação que lhe é característica, ou seja, ainda não tem a capacidade de conseguir integrar em si todo o envolvimento espacial e temporal em que está inserido, exteriorizando essa falta de integração com o seu comportamento impulsivo e descoordenação.

Ao nível da dificuldade na dissociação dos movimentos, o G. tem dificuldades em conseguir num movimento rodar só a cabeça, tendendo a rodar o tronco inteiro, ou na mobilização dos membros superiores em ações que requerem mobilizar só um membro, ele tende a mobilizar ambos.

Outra dificuldade do G. é a pouca força muscular que evidencia nos membros superiores e inferiores, essencial para o adquirir de competências grafomotoras e manipulativas ao nível dos membros superiores, e ao nível dos membros inferiores o pontapear de uma bola ou o correr com maior segurança.

Motricidade Fina- Esta é a área de desenvolvimento em que na escala se obteve a pontuação mais fraca. Assim sendo, ao nível das competências grafomotoras, o G. consegue copiar um traço horizontal, um círculo e uma cruz, contudo não consegue copiar um quadrado ou uma casa, e apresenta pouca capacidade ao nível do desenho da figura humana, não conseguindo desenhar dois elementos perceptíveis.

Devido à pouca força que possui nos membros e a uma laxidão articular nos punhos e mãos evidente, o G. aplica pouca força a segurar num lápis e pintar realizando também movimentos descoordenados e pouco precisos.

Ao nível da coordenação oculo-manual, o G. já possuiu uma pinça manual nítida, conseguindo enfiar contas e apanhar objetos pequenos, contudo não consegue construir torre com mais de 8 cubos e tem dificuldade em manear com a tesoura.

Ao nível da lateralidade, o G. apesar de já ter presente uma preferência manual direita, evidencia uma descoordenação bilateral, usando indiferenciadamente a mão esquerda ou direita ou as duas em simultâneo.

Linguagem- Ao nível deste domínio de desenvolvimento, o G. não evidencia limitações ao nível do vocabulário, identificando vários objetos da vida quotidiana, alguns deles pela função, compreende adjetivos de tamanho, a negação, repete frases de 6 ou mais sílabas e usa pronomes pessoais e possessivos. Nomeia ainda várias cores, para além das primárias, o que revela igualmente uma competência cognitiva da sua parte.

Evidencia dificuldades em definir alguns objetos pelo uso (cadeira, chave, casa, relógio) e identificar opostos.

Ao nível da linguagem falada, o G. tem dificuldade na articulação das palavras, e ao tentar expressar-se verbalmente fala muito rápido saltando muitas sílabas.

Outra dificuldade evidente no G. é a verbalização da ação que vai muito de encontro ás competências de toda a sua motricidade global, ou seja, ao realizar uma ação ele tem dificuldade em integrar e verbalizar o que está a fazer no momento ou o que tem que fazer para realizar aquela mesma ação. Sendo assim fundamental haver esta integração do movimento e consciencialização e associação da palavra á ação.

Cognição- Ao nível do raciocínio prático, o G. consegue contar 4 cubos, memorizar 2 dígitos, comparar tamanhos, pesos, alturas e comprimentos, e distinguir o certo do errado.

As maiores limitações que se evidenciam no G. a este nível de desenvolvimento, é a atenção, memória e o planeamento da ação motora.

O G. apresenta uma atenção muito dispersa, tendo imensas dificuldades em se concentrar e manter numa tarefa proposta. As dificuldades de memorização vão muito de encontro a esta falta de atenção e concentração, uma vez que não se concentrando na

atividade a informação que retém vai ser menor.

Ao nível do planeamento da ação, é importante que o G. evolua nesta capacidade de forma a conseguir até na sua vida quotidiana, pensar e planear o que tem a fazer para conseguir atingir aquele objetivo ou superar aquele problema.

Socio-Emocional- A este nível de desenvolvimento, o G. coopera a arrumar brinquedos, ajuda em tarefas domésticas, brinca com outras crianças tendo um melhor amigo, sabe o seu sexo, o seu nome e o seu apelido.

Apresenta dificuldades em conseguir esperar pela sua vez no jogo e aceitar as regras do mesmo, o que vai muito de encontro á impulsividade e agitação que lhe é característica.

Autonomia- Ao nível da autonomia, o G. consegue desabotoar e abotoar botões, despe-se sozinho, calça meias e sapatos sem ajuda, lava e limpa as mãos e a cara sem ajuda e escova os dentes sem ajuda. Evidencia limitações ao vestir-se e despir-se sozinho, a usar a colher e o garfo em conjunto, a comer autonomamente e a lavar o seu cabelo sozinho na hora do duche.

7.3.3) Objetivos de Intervenção

Posteriormente, serão apresentados os objetivos de intervenção delineados, com base nos resultados da avaliação formal e tendo em conta os vários domínios de desenvolvimento

Será apresentado um (V) á frente de cada objetivo que a criança conseguiu alcançar no processo de intervenção.

MOTRICIDADE GLOBAL

Objetivo Específico: Desenvolver os padrões motores básicos

Objetivos comportamentais:

- ∂ Realizar saltos transpondo linhas (V)
- ∂ Subir e descer escadas com alternância de pés dos apoios (V)
- ∂ Saltar ao pé-coxinho (V)
- ∂ Marchar ao ritmo imposto pela música/ colaborar em jogos de imitação (V)

Objetivo Específico: Desenvolver as habilidades manipulativas

Objetivos comportamentais:

- ∂ Atirar uma bola de ténis ao chão e apanhar (V)
- ∂ Empurrar uma bola segura nas mãos de outra pessoa (V)
- ∂ Tentar puxar uma bola das mãos de outra pessoa (V)
- ∂ Pontapear uma bola com toda a força (V)
- ∂ Empurrar objetos com os pés e com as mãos (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de dissociar os movimentos

Objetivos comportamentais:

- ∂ Levantar e rodar a cabeça, sem rodar o tronco (V)
- ∂ Mobilizar a pedido só um dos membros (esquerdo ou direito) (V)

MOTRICIDADE FINA

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de realizar grafismos

Objetivos comportamentais:

- ∂ Desenhar por imitação várias formas (circulo fechado, quadrado..) (V)
- ∂ Desenhar figura humana, com pelo menos, dois elementos perceptíveis e proporcionais sem ajuda verbal (V)
- ∂ Colorir imagens sem sair dos contornos (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a coordenação oculo-manual

Objetivos comportamentais:

- ∂ Consolidar o uso da mão preferencial (V)
- ∂ Realizar o cruzamento bilateral ao nível da linha média (V)
- ∂ Seguir com um lápis um percurso delimitado sem sair dos limites (V)
- ∂ Virar páginas de um livro, uma de cada vez (V)
- ∂ Realizar cortes lineares em folhas de papel e sem ajuda (V)
- ∂ Fazer formas com plasticina (V)
- ∂ Construir torre de 8 cubos (V)

LINGUAGEM

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de reconhecimento e identificação de cores, imagens, objetos, quando solicitado

Objetivos comportamentais:

- ∂ Nomear diferentes cores (V)
- ∂ Nomear diferentes objetos e imagens (V)
- ∂ Nomear objetos pela função (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade pré-verbalização e verbalização da ação

Objetivos comportamentais:

- ∂ Pré-verbalizar a ação a fazer (V)
- ∂ Verbalizar a ação que é feita no momento (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de compreensão

Objetivos comportamentais:

- ∂ Compreender opostos (mostrando o contrário de..) (V)
- ∂ Compreender proposições espaciais e temporais (em cima, em baixo, atrás, á frente, de lado, antes, depois,...) (V)

COGNIÇÃO

Objetivo Específico: Desenvolver a atenção e concentração

Objetivos comportamentais:

- ∂ Aumentar os períodos de atenção para livros e figuras (V)
- ∂ Realizar a atividade na sua totalidade sem desviar a sua atenção para situações do envolvimento

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de memorização e

sequencialização

Objetivos comportamentais:

- ∂ Reproduzir verbalmente as ideias chave de uma história após ouvi-la (V)
- ∂ Organizar uma história ouvida por sequências utilizando imagens (V)
- ∂ Nomear os elementos presentes numa sequência de imagens mostrada anteriormente (V)
- ∂ Realizar enfiamentos de acordo com um padrão (V)

Objetivo Específico: Desenvolver a capacidade de planeamento da ação

Objetivos comportamentais:

- ∂ Transcrever para o papel circuitos com ações realizadas (estruturação espacial) (V)
- ∂ Transcrever do papel para o real circuitos simples de ações a realizar (estruturação espacial).

Objetivo Específico: Desenvolver a noção corporal

Objetivos comportamentais:

- ∂ Nomear partes do corpo em si e no outro (V)
- ∂ Mobilizar durante uma atividade diferentes partes do corpo, dissociando o lado esquerdo do lado direito (V)

SOCIO-EMOCIONAL

Objetivo Específico: Desenvolver as capacidades de interação social

Objetivos comportamentais:

- ∂ Esperar pela sua vez no jogo e cumprir as regras do mesmo (diminuir a impulsividade e aumentar o tempo de atenção) (V)

Sendo que algumas áreas são mais trabalhadas que outras nas sessões, com base nos objetivos das crianças, segue-se abaixo um Gráfico da distribuição das áreas trabalhadas durante todo o processo de intervenção.

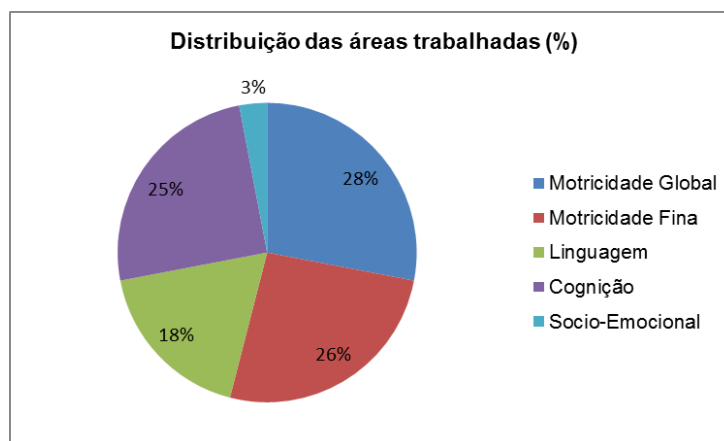


Gráfico 10 – Distribuição Áreas trabalhadas de G.

7.3.4) Distribuição das sessões

Foram realizadas na totalidade 20 sessões individuais ⁸.
Abaixo segue-se um Gráfico com a distribuição de todo o processo de intervenção.

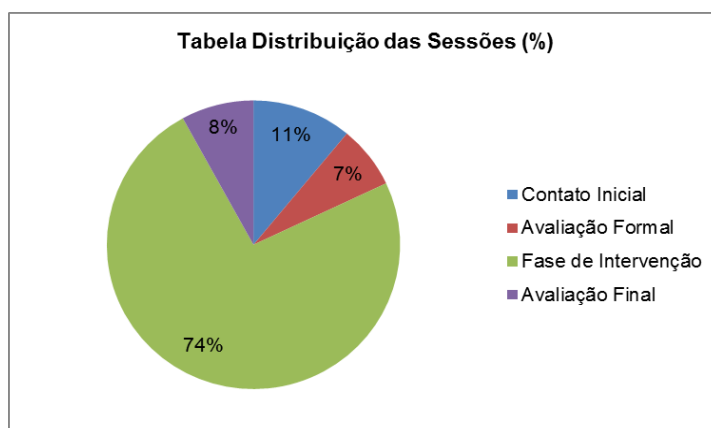


Gráfico 11 – Distribuição das sessões de G.

7.3.5) Tipologia das sessões

Durante as intervenções com o G., as sessões apresentavam a seguinte tipologia:

Ritual de Entrada	Contato inicial e cumprimento
Ativação Geral	Atividade de aquecimento geral e mobilização dos membros e articulações, através de uma música com coreografia
Corpo da sessão	Realização de atividades que vão de encontro aos Objetivos estipulados
Retorno á calma	Atividade de relaxação (aderir ao estado de calma e passividade)
Ritual de saída	Feedback da sessão e despedida

Tabela 10 – Tipologia das sessões de G.

7.3.6) Estratégias utilizadas durante a Intervenção

O G. era uma criança muito irrequieta, tinha imensa dificuldade em permanecer sentado numa cadeira, contudo como nas sessões de psicomotricidade a área motora era muito trabalhada, o G. adorava a maior parte das atividades e por isso mesmo a sua motivação contribuía muito para o sucesso nas mesmas.

Uma das estratégias utilizadas nas sessões era o reforço positivo final, ou seja, como o G. era uma criança que desviava muito a sua atenção para diversos objetos da sala durante as atividades, era-lhe dito que se realizasse todas as atividades no final podia escolher um brinquedo na sala, o que mais uma vez o motivava e mantinha-o mais atento para a atividade.

⁸ Exemplo de Planeamento e Relatório das sessões de G. em Anexo IX

Uma das estratégias, que de uma forma era também trabalhada nos Objetivos, era a verbalização da ação na maior parte das atividades o que diminuiu em muito a impulsividade característica de G. Ele ao ter que verbalizar todos os passos a realizar numa atividade (e.g. atividade motora- vou passar por dentro do túnel, etc.) demonstrava mais calma na realização e uma melhor coordenação motora.

A ajuda verbal também foi muito utilizada nas sessões, uma vez que G. muitas das vezes esquecia-se de verbalizar os passos na atividade, contudo durante todo o processo de intervenção, e devido também a uma certa rotina das sessões, essa ajuda foi sendo retirada gradualmente.

7.3.7) Avaliação Final – Balanço da intervenção

De forma a compreender melhor o percurso e as evoluções do G., será apresentada uma síntese quantitativa e qualitativa dos resultados nas várias Áreas do desenvolvimento, realizando uma comparação entre a avaliação inicial e a avaliação final. Durante a avaliação final o G. tinha uma idade cronológica de 54 meses.

Abaixo segue-se o Gráfico de perfil de desenvolvimento da criança, onde se pode comparar as diferenças nos resultados de avaliação inicial e final.

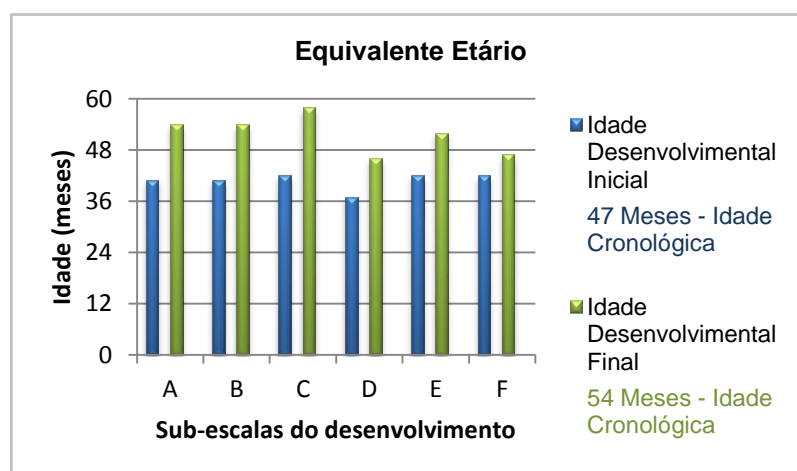


Gráfico 12 – Resultados da avaliação inicial e Final da Griffiths

Como é possível verificar, os resultados obtidos na avaliação final, possuem uma maior discrepância em termos de valores que os da avaliação inicial. Contudo verifica-se alguma evolução, sendo que as sub-escalas (Motora (A), Pessoal e Social (B), Audição e Fala (C)) já se encontram dentro do que é esperado para a idade cronológica (54 meses), sendo por isso das Áreas mais fortes. As sub-escalas de Coordenação Olho-Mão (D) e Raciocínio prático (F) são as mais fracas de G., apesar de ser notória a evolução, a idade de G. também aumentou por isso o patamar esperado também aumentou, sendo consideradas por isso Áreas mais fracas.

Abaixo segue-se um quadro com o resumo das áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o perfil da criança no início e no final da intervenção, com base na aplicação de escala de Griffiths.

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Áreas Fortes	C - Audição e Fala E - Realização F – Raciocínio Prático	C - Audição e Fala A - Motora B – Pessoal e Social
Áreas Intermédias	A - Motora B – Pessoal e Social	E - Realização
Áreas Fracas	D – Coordenação Olho-Mão	D – Coordenação Olho-Mão F – Raciocínio Prático

Tabela 11 – Áreas Fortes, Intermédias e Fracas da avaliação inicial e final de G.

Motricidade global- A Motricidade Global é considerada uma das áreas mais fortes de G. (54), concretizando todos os objetivos propostos. Já consegue realizar o salto transpondo linhas, descer escadas com alternância dos apoios e saltar ao pé-coxinho 3 a 4 vezes. O G. já demonstra uma maior coordenação motora nas atividades muito devido também ao controlo da impulsividade que lhe conferia alguma brusquidão no comportamento motor, e que foi trabalhado ao longo das sessões. Ao nível da dissociação dos movimentos, já consegue mobilizar a pedido somente um dos membros, diferenciando a esquerda da direita, sem demonstrar movimento parasita no membro não mobilizado. Ao nível da força, os objetivos propostos tinham como finalidade adquirir mais força nos membros superiores para melhorar as capacidades ao nível da motricidade fina. Estes objetivos foram considerados concretizados uma vez que o G, já emprega mais força ao segurar no lápis e a desenhar.

Motricidade Fina- A este nível o G. evoluiu bastante, contudo continua a ser uma das Áreas mais fracas obtendo idade mental de 46 meses para uma idade cronológica de 54 meses. O G. já consegue aplicar mais força a segurar no lápis e a desenhar, percorrer caminhos e pintar figuras sem sair dos contornos, demonstrando movimentos mais precisos e coordenados. Já consegue desenhar um quadrado e uma casa com pormenores (janelas, porta) sem ajuda verbal. Ao nível do desenho da figura humana, o G. evoluiu bastante e já consegue desenhar a figura humana com mais de 2 elementos perceptíveis. Ao nível da lateralidade, tinha sido evidenciado inicialmente no G. uma descoordenação bilateral, sendo que ao longo de toda a intervenção o uso da mão preferencial direita foi sempre reforçado, notando-se alguma evolução uma vez que usa já maioritariamente a mão direita sem ser necessário reforço verbal.

Linguagem- Esta é a área considerada mais forte de G., tendo obtido como idade mental 58 meses para uma idade cronológica de 54 meses. Assim sendo, ao nível da linguagem foi notória alguma evolução no seu discurso, falando mais pausadamente e articulando melhor as palavras, tendo sido esta Área foi muito trabalhada ao longo das sessões em atividades que era necessário a verbalização de todos os passos a realizar. Ao nível dos conceitos o G. nomeia várias cores, vários objetos e imagens e define mais de 6 objetos pelo uso. Também já identifica corretamente os opostos, inicialmente

necessitava de exemplos (e.g. o contrário de esquerdo é direito, e o contrário de em cima é?), tendo sido gradualmente retirados ao longo das sessões. Relativamente proposições temporais, inicialmente teve alguma dificuldade em identificar a proposição “antes”, contudo e também através de exemplos, já consegue identificar corretamente as proposições “antes, agora e depois”.

Cognição- Nesta área de desenvolvimento a grande dificuldade de G. situava-se na atenção, concentração e conseqüentemente a memória. Ao longo de toda a intervenção, apesar de G. ter melhorado na sua atenção e concentração, mantendo-se mais tempo atento numa atividade, raramente conseguia realizar uma atividade na totalidade sem desviar a sua atenção 1 ou 2 vezes. Quanto á capacidade de memória, esta era sempre trabalhada no final das sessões, quando era pedido ao G. para se recordar de todas as atividades realizadas na sessão, sendo que no início da intervenção este dizia que não se lembrava e no final da intervenção já conseguia descrever tudo o que tinha feito por ordem de acontecimento. Relativamente ao planeamento da ação, notou-se evolução no G., uma vez que perante uma atividade a realizar, que lhe seja familiar e sem ajuda verbal, já consegue descrever todos os passos a realizar para concluir a atividade.

Sócio-Emocional- A este nível também notou-se alguma evolução no G. que vai muito de encontro também á sua evolução no controlo da impulsividade, acima descrito. Ele já consegue esperar pela sua vez num jogo, por exemplo, quando se realiza um circuito novo a nível motor, o qual ele demonstra bastante entusiasmo em realizar, já consegue parar e esperar que seja primeiro o adulto a realizar.

Após observados os resultados obtidos, considerou-se importante, analisar o conjunto de objetivos concretizados e os não concretizados ao longo da intervenção. Dos 39 objetivos estipulados, 36 foram concretizados e os restantes ainda não foram alcançados pela criança.

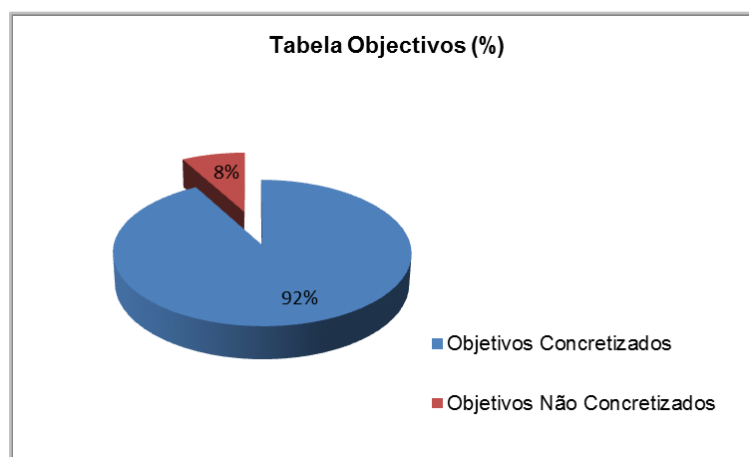


Gráfico 13 – Objetivos concretizados de G

8) CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA DA CRIANÇA B.

A Família da criança B. é constituída pela mãe (38 anos), pai (45 anos) e o filho único B. (4 anos). Dentro da história familiar de B. (descrita na caracterização da criança), é relevante referir que a mãe na sua infância também teve dificuldades no seu desenvolvimento, sendo que se culpabiliza do filho ter um atraso pelo fato de poder ser hereditário. A mãe sente que também o pai a culpabiliza disso, existindo vários problemas conjugais que daí advêm.

Os pais referiram em reuniões que têm imensa dificuldade em lidar com as “birras” da criança, afirmando até que na maior parte das vezes acabam por fazer o que a criança quer só para acabar com o choro dele.

O B. é uma criança que não tem uma rotina em casa, faz sempre o que quer, é muito persistente quando quer algo e isso também advém dos pais que cedem perante a persistência.

Assim sendo, e como a IP centra-se em toda a família e o seu funcionamento, demonstrou ser necessário uma intervenção com a família com base na visita domiciliária, de forma a ajudar os pais a organizar uma rotina consistente para o B. e a lidar de outra forma com as suas “birras” e comportamento persistente.

Na visita domiciliária foram aplicadas duas escalas, a escala de avaliação do funcionamento familiar⁹ e o Índice de Stress Parental¹⁰, de forma a ajudar uma pouco a perceber como funciona o contexto familiar e quais os fatores mais stressantes para ambos os pais.

É de lembrar ainda que na reunião de início de intervenção, realizada com os pais para dar a conhecer os resultados da avaliação inicial, foram passadas algumas estratégias para casa, para os ajudar a lidar com o B.

8.1) Planeamento da Visita Domiciliária

∂ **Conversa inicial:** Conversa com os pais sobre como funciona o ambiente familiar e a rotina diária da família.

∂ **Observação da rotina da criança e de todo o envolvimento familiar:** Observação concreta de todo o envolvimento domiciliário (espaço, condições, oportunidades exploratórias de aprendizagem,...), de como se processa a rotina e o tipo de relacionamento pais-criança (regras e imposição de limites, tipo de diálogo pais-criança, autonomia da criança na sua rotina, tipo de reforço ou punição dado á criança, tipo de interação pais-criança).

∂ **Implementação de estratégias na rotina diária / Elaboração de um quadro de rotinas:** Com base na observação anteriormente realizada, ajudar os pais a criar mais oportunidades de aprendizagem e estratégias específicas para cada passo da rotina da criança, apoiando o seu desenvolvimento. Capacitar os pais para recriar experiências de desenvolvimento mais ricas para a criança. Elaborar um quadro de rotinas para melhor estruturar a rotina diária da criança. Este passo é de extrema importância uma vez que uma rotina bem assente na vida diária da criança ajuda-a a sentir-se mais segura e organizada e a ter a antecipação da ação do que tem de fazer a seguir. Este quadro é acompanhado pelo reforço positivo e negativo, i.e., para cada passo da rotina a criança existe feedback do seu comportamento e se a criança adotar um comportamento de oposição-desafio é-lhe retirado o reforço positivo (e.g. se te portares mal ao jantar, não te

⁹ Ver resultados da escala em Anexo X

¹⁰ Ver resultados da escala em Anexo XI

conto uma história ao deitar.). Este processo ajuda a criança a consciencializar-se das suas ações e a aprender a lidar com a sua frustração.

∂ **Observar a relação pais-criança:** Incentivar e observar os pais a brincar com a criança. Observar o comportamento dos pais, a linguagem dos pais, o tipo de estímulos e diversidades exploratórias proporcionadas à criança. Observar a resposta da criança aos pais.

∂ **Implementação do processo de “Modelagem”:** O técnico brinca com a criança, interage com a criança e os pais através da imitação adotam e aprendem estratégias de forma a melhorar a sua interação e relação com a criança e a proporcionar maiores condições de aprendizagem para potencializar o seu desenvolvimento. Nesta fase é importante a linguagem do técnico para os pais, i.e., o tipo mensagem e estratégias transmitidas deve ser realizada e entendida como uma forma de complementaridade do trabalho realizado pelos pais, uma vez que os pais são os maiores conhecedores da educação e desenvolvimento do seu filho e de forma a não ferir suscetibilidades

∂ **Conversa com os pais sobre quais os principais problemas e fatores stressantes no que concerne à educação e relação com a criança:** Nesta conversa os pais falam sobre as suas maiores preocupações e dificuldades com que se deparam diariamente na educação do seu filho. No decorrer da conversa é-lhes fornecido algumas estratégias que vão de encontro a essas preocupações. Tanto o ambiente familiar com os fatores stressantes serão avaliados e complementados com duas escalas – escala do funcionamento familiar e escala do stress parental – aplicadas através de um questionário e que serão importantes de forma a perceber fatores stressantes no dia-a-dia da família que influenciam a criança e que por vezes não são perceptíveis e reconhecíveis por parte dos pais.

∂ **Conversa final /feedback da visita:** É feito um feedback do que foi toda a visita e os pontos-chave da mesma. Nesta conversa os pais colocam quaisquer questões ou dúvidas que tenham tido durante a visita.

8.2) Interpretação dos Instrumentos fornecidos à Família

Abaixo segue-se o Gráfico onde se pode verificar os resultados de cada característica avaliada com a aplicação da Escala de Avaliação do Estilo de Funcionamento da Família.

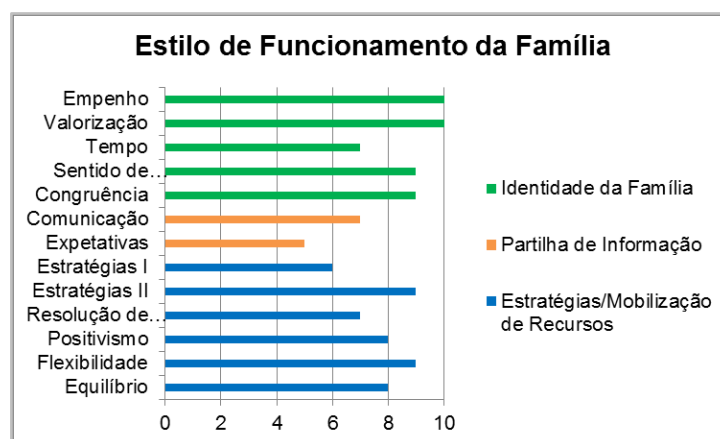


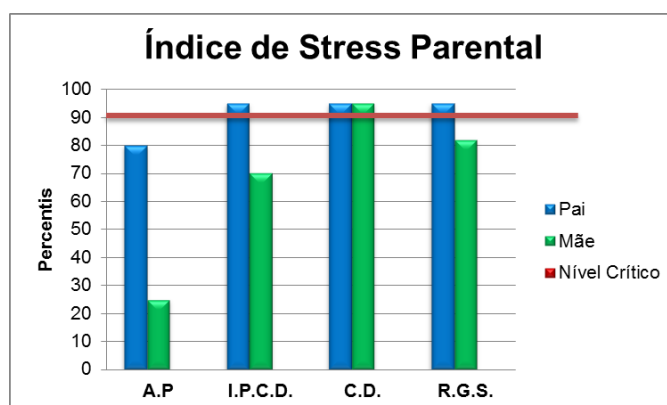
Gráfico 14 – Resultados da aplicação do da Escala de Avaliação do Estilo de Funcionamento da Família

Como se pode verificar no Gráfico, a sub-escala da Identidade da Família é onde se situam os resultados mais altos, nomeadamente nas características avaliadas como Empenho e a Valorização, onde se obtiveram resultados máximos (10) Tendo em conta estes mesmo resultados, pode-se afirmar que os pais consideram que fazem sacrifícios em benefício da família, tomam decisões para o bem-estar da mesma e orgulham-se das realizações dos membros da família, tentando não abusar da boa vontade uns dos outros. Ainda nesta sub-escala, verifica-se que o sentido de determinação e a congruência são características fortes nesta família, onde os pais consideram que as relações familiares são as mais importantes, que se mantém unidos apesar das dificuldades, concordando com o que é verdadeiramente importante no bem-estar da família.

Relativamente á sub-escala Partilha de Informação, nomeadamente a Comunicação e as Expetativas, os resultados obtidos foram dos mais baixos de toda a escala, verificando-se que os pais têm dificuldades em concordar sobre a forma como os membros da Família se devem comportar, e quando entram em desacordo têm dificuldades em saber ouvir ambos os lados.

Quanto á sub-escala Estratégias e Mobilização de Recursos, os resultados mais altos situam-se nas características como Estratégias II e Flexibilidade, onde os pais concordam que se ajudam mutuamente, que podem contar uns com os outros quando algo inesperado acontece e que podem contar com o apoio de amigos ou parentes quando algo acontece. Ainda nesta sub-escala, as características Resolução de Problemas e Estratégias I, tiveram menos cotação, uma vez que os pais têm alguma dificuldade em esquecer os problemas quando parecem inultrapassáveis e nem sempre conversam sobre diferentes formas de lidar com os problemas.

Posteriormente segue-se o Gráfico dos resultados do Índice de Stress Parental, aplicado individualmente a cada um dos pais.



A.P. – Angústia Parental
I.P.C.D. – Interação Pai-Criança Disfuncional
C.D. – Criança Difícil
R.G.S. – Resultado Global de Stress

Gráfico 15 – Resultados da aplicação do Índice de Stress Parental

Como se pode verificar no Gráfico, a grande discrepância entre os resultados do pai e da mãe situa-se na sub-escala Angústia Parental, onde a mãe discorda completamente e o pai concorda quando se refere a desperdiçar mais da vida pessoal do que alguma vez se esperou, para satisfazer as necessidades do filho, ou sentir-se preso pelas responsabilidades de pai/mãe.

Relativamente à sub-escala Interação Pai-Criança Disfuncional, o pai atinge um nível considerado crítico, concordando que o filho parece não aprender tão rapidamente como a maioria das crianças, ou que não é capaz de fazer tanta coisa como se esperava e que por vezes faz coisas que o aborrecem, de propósito. Contudo ambos os pais discordam no que se refere a sentirem que o filho não gosta deles ou que sorri menos do que esperavam.

Na sub-escala Criança Difícil, os pais obtiveram resultados idênticos, atingindo ambos um nível considerado crítico. Ambos concordam que o filho faz coisas que os incomodam bastante, que reage fortemente quando acontece alguma coisa que não gosta, que é difícil conseguir que faça ou deixe fazer alguma coisa, e que exige mais do que a maioria das crianças exige dos pais.

Por último, os Resultados Globais de Stress apontam para um maior nível de stress no pai, considerado crítico e por isso é aconselhado nestes casos um acompanhamento mais individualizado ao nível psicológico. A mãe, apesar de já ter acompanhamento psicológico, apresenta também níveis de stress elevados, contudo não considerado crítico.

Falando um pouco da visita domiciliária, os pais tiveram um bom feedback da visita e aceitaram muito bem as várias estratégias passadas para diversas situações. Por exemplo, na hora da refeição, quando B. se recusa a comer, os pais deixam ele sair da mesa e ir brincar com o que quiser, ou se quer adormecer no sofá deixam, existindo várias situações em que não existe regras e que devem ser assentes na rotina de B.. Os pais como chegam a casa ao final do dia e têm tarefas para fazer, não costumam brincar com o B., deixando-o a brincar sozinho, tendo ele o hábito de desarrumar tudo e permanecer pouco tempo a brincar numa atividade. Foi passada uma estratégia aos pais de tentarem pelo menos fazer uma brincadeira com ele (aprox. 20min.), incentivando-o a permanecer naquela atividade e dando um reforço positivo (se fizeres este jogo comigo, a seguir deixo-te ir buscar o brinquedo que quiseres).

Todo o envolvimento domiciliário encontra-se protegido de forma a que o B. não aceda a certos espaços, tendo eles adotado a estratégia uma vez que o B. não obedecia e mexia em tudo. É importante impor regras na criança, e tendo a criança as mesmas implícitas já não irá mexer sem a permissão dos pais.

Outro aspeto importante é estabelecer uma rotina na vida da criança, tendo sido passado aos pais um quadro das rotinas e se a criança cumprir e não se portar mal (e.g. ao jantar não fazer birra para comer) é-lhe dado um reforço positivo (e.g. portaste-te bem por isso conto-te uma história). A própria rotina cria na criança a antecipação do que tem que fazer, a motivação de que se fizer bem tem uma recompensa, o que acaba um pouco por evitar que a criança ande pela casa a fazer o que quer sem imposição de limites.

8) DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

No estágio realizado na Cercizimbra, a grande limitação sentida deveu-se ao pouco tempo disponível para contato com a nossa coordenadora, uma vez que a manhã estava preenchida com as sessões e o tempo que nos restava muitas vezes não coincidia com o tempo disponível da coordenadora. Em contra partida, o pouco tempo em que nos conseguíamos reunir com ela, era sempre bastante produtivo e construtivo, dando-nos sempre estratégias para nos ajudar a intervir com as crianças.

Outra limitação foi o fato de ter um emprego da parte da tarde e somente conseguir realizar o estágio da parte da manhã. Senti que me poderia ter envolvido mais no núcleo do STIP-ELI, participar nas reuniões que eram bastante importantes, contudo o pouco tempo disponível para realizar o estágio não me possibilitou este tipo de participação e empenho.

Relativamente ao estágio decorrido no Abrigo de Belém, a limitação presente foi o fato a nossa coordenadora não ser formada na nossa Área e de não haver nenhum técnico presente na creche formado na Área. Surgiram algumas vezes dúvidas, as quais tínhamos de recorrer á nossa coordenadora de Faculdade Teresa Brandão. Por outro lado foi uma mais-valia também ter uma coordenadora formada em outra Área (Assistente Social) e que nos ajudou em aspeto mais relacionados com a postura profissional e interação com as famílias da creche.

9) ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO

Ao longo do estágio foram realizadas algumas atividades complementares de formação, nomeadamente:

- ∂ Elaboração dos Planos de Desenvolvimento Individuais (PDI'S)¹¹ do Abrigo de Santa Maria de Belém. O modelo de PDI faz parte das normas sobre a qualidade em Creche emitidas pela Segurança Social, sendo que inclui dados da criança e da família, e fichas de desenvolvimento organizadas como checklist's de competências em todas as Áreas de desenvolvimento, para cada faixa etária, e avaliadas nos três diferentes trimestres);
- ∂ Elaboração do Manual de Atividades – Fichas de apoio á Família¹², construído para as famílias que fizeram parte do projeto realizado semanalmente na Quinta do Conde, no espaço “Voz do Alentejo”. O manual inclui toda a caracterização do Projeto.
- ∂ Tradução da Escala “Social Skills Checklist” (2004). Project DATA. University of Washington.¹³

¹¹ Ver PDI'S em Anexo XII

¹² Ver Manual em Anexo XIII

¹³ Ver Tradução em Anexo XV

VI – CONCLUSÃO

O estágio profissionalizante realizado no âmbito da Intervenção Precoce, foi uma experiência bastante enriquecedora, tanto a nível profissional como pessoal. Foi um privilégio ter a oportunidade de colocar em prática a área pela qual mais me identifico, e acima de tudo uma grande gratificação observar a evolução destas crianças e saber que consegui contribuir e realizar um trabalho a prol de uma melhor qualidade de vivências e aprendizagens das mesmas.

Ganhei uma maior consciencialização prática do que é a Intervenção Precoce e da sua grande importância na vida tanto das crianças como da família em geral. Este tipo de intervenção centra-se na família, sendo a nossa função compreender quais as principais dificuldades e preocupações da família e capacita-la no sentido que seja ela a potencializadora de melhores vivências e aprendizagens do seu filho, bem como sentir-se parte de todo o processo de intervenção, prolongando o que é trabalhado nas sessões para casa.

Considero que o contato direto com diferentes famílias foi uma experiência nova e bastante positiva, onde me apercebi realmente que cada família é única, com formas de pensar e preocupações distintas e que cabe-nos como profissionais conseguir ser flexíveis de forma a dar as respostas mais adequadas para cada necessidade da família e respetiva criança.

Ao longo destes meses de estágio considero que evolui em determinados aspetos, nomeadamente na postura profissional que se deve adotar perante pais e outros técnicos, uma vez é essa postura e o conhecimento técnico que vai transparecer para os outros o tipo de profissionais que somos. Foi também uma aprendizagem contínua conseguir adotar diversas estratégias de intervenção para cada criança, uma vez que cada ser é único, com características próprias e nem sempre as estratégias primeiramente adotadas são as melhores, cabendo-nos a nós conseguir reconhecer isso e ser flexíveis a adotar outro tipo de abordagem.

Outro aspeto bastante enriquecedor que o estágio me proporcionou foi a relação com diferentes tipos de comunidades, onde partilhei experiências com diversos profissionais, os quais, educadores com diferentes tipos de abordagem de ensino na sala das crianças, auxiliares, terapeutas da fala, diretoras e profissionais do STIP e do Abrigo. Este diversificado tipo de pessoas que me transpareceram vários pontos de vista e abordagens novas, fizeram com que me tornasse num melhor profissional, tendo acima de tudo a consciência de que com este estágio iniciei um novo caminho longo a percorrer com vista a adquirir uma maior experiência a nível profissional e pessoal nesta profissão tão gratificante.

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abidin, R. (1990). Parenting stress index: Short form. Test Manual. Virginia: Pediatric Psychology Press.

Almeida, I. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade. *Análise psicológica 1 (XXII)*, 65-72.

Antunes, S. & Duarte, A. (2003). Intervenção psicomotora precoce. *A Psicomotricidade*, 1 (2), 55-61.

Associação portuguesa de Paralisia Cerebral (APPC) (2006). A criança com Paralisia Cerebral. Guia para os Pais e Profissionais de Saúde e Educação. Lisboa.

Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). The Schedule of Growing Skills II. – SGS II. London: GI Assessment.

Brandão, T. & Domingos, S. (2009/2010). Apontamentos da disciplina de Intervenção Precoce lecionada no 3º Ano da licenciatura de Reabilitação Psicomotora (não publicado). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.

Cardoso, M. (2006). Programas de Intervenção Precoce e a Intervenção Centrada na Família. (Tese de Mestrado em Educação Especial apresentada á Faculdade de Motricidade Humana com vista á obtenção de grau de Mestre em Educação Especial. Universidade Técnica de Lisboa).

Centro Paroquial de Assistência da Santa Maria de Belém – Abrigo Infantil de Santa

Maria de Belém. *Folheto informativo de Inscrições*. Ano letivo 2011/2012.

Centro Paroquial de Assistência da Santa Maria de Belém – Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém. *Regulamento Interno – Pré-Escolar*. Ano letivo 2011/2012.

Cercizimbra (2012). Retirado de: <http://www.cercizimbra.org.pt/>

Chaves, M. I. S. (2007). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos Profissionais e das Famílias. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.

Correia, L. M. & Serrano, A. M. (1994). Impacto dos Programas de Intervenção precoce na Criança e na Família. *Revista Portuguesa da Educação*, 7 (3), 85-93.

Costa J. (2008). Um Olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional. Lisboa: Trilhos Editora.

Coutinho, M. T. P. (2000). Intervenção Precoce e Formação Parental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 7 (2), 71-84.

Coutinho, M. T. P. (2004). Apoio à Família e Formação Parental. *Análise psicológica 1* (XXII), 55-64.

Deal, A.; Trivette, C. & Dunst, C. (1988). Family Functioning Style Scale: An instrument for measuring strengths and resources. Asheville, NC: Winterbery Press.

Dimitrijevic, L., & Jakubi, B. (2005). The importance of early diagnosis and early physical treatment of Cerebral Palsy. *Medicine and Biology*, 12, 199-122

Early Head Start National Resource Center (2004). Home Visitor's Handbook. For the Head Start Home-Based Program Option. Early Head Start National Resource Center. U.S. Department of Health and Human Services;

Ferreira, J. C. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 20, 703-712.

Fernandes, E. (2001). Problemas do desenvolvimento: a importância de uma intervenção precoce. *Alert Life Sciences Computing*. Retirado de <http://www.alert-online.com/pt/medical-guide/desenvolvimento-problemas-de-desenvolvimento-a-importancia-de-uma-intervencao-precoce>

Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora editora

Fonseca, V. (2009). Para uma teoria da perfectibilidade psicomotora: algumas implicações para a intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, 12, 9-52.

Gollner L. (2007). A psicomotricidade com intervenção favorecedora do processo educacional em um paciente lesado cerebral. ABRASCE – Academia Brasileira de Ciências da Educação. Retirado de <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/congressos/uel2007/333.htm>

Griffiths, R. (1984). *The Habilities of Young Children – A comprehensive system of mental*

measurement for the first eight years of life. London: The Test Agency.

Greenspan, S. I., DeGangi, G. A., & Wieder, S. (2001). The functional emotional assessment scale (FEAS) for infancy and early childhood: Clinical & research applications. Bethesda, MD: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.

Guralnick, M. J. (2005). Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities: Current Knowledge and Future Prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313–324.

Hinchcliffe, A. (2007). What is Cerebral Palsy and how does it affect children? Children with cerebral Palsy: A Manual for Therapists, Parents and Community Workers. New Delhi: Sage Publications.

Hresko, W. P., Miguel, S. A., Sherbenou, R. J., & Burton, S. D. (1994). Developmental Observation Checklist System (DOCS): A Systems Approach to Assessing Very Young Children Examiner's Manual. Pro-Ed: Austin, TX.

Klass, C. S. (2008). The Home Visitor's Guidebook: promoting optimal parent and child Development. Paul H. Brookes Publishing.

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. Psilogos*, 85-95.

Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em*

Psicomotricidade, 29-40. Cruz Quebrada: Edições FMH.

Martins, R. (2009). Apontamentos da disciplina de Fundamentos de Relaxação Psicossomática lecionada no 3º Ano da licenciatura de Reabilitação Psicomotora (não publicado). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.

Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (2000). Early Childhood Intervention: A Continuing Evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, 3-31. Cambridge: University Press.

Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro de 2009. *Diário de República*, 1ª Série (193), 7298-7301.

Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro de 1983 – Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. *Diário de República*, 1ª Série (46), 643-656.

Morais, A., Novais, R., & Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 5, 41-49.

Muñoz, J., Blasco, G. & Suárez, M. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Cap. XIII Deficientes motores: Paralisia Cerebral. Pág. 293-315. Dinalivro.

Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula. Um guia para professores*. Porto editora.

Onofre, P., S. (2004). A Criança e a sua Psicomotricidade. Uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional. Lisboa: Trilhos Editora.

Perat, M. (2005). Treatment of Children with Cerebral Palsy. Asia-Pacific Childhood Disability. Slovenia. 49-51

Pimentel, J. S. (2004). Avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*. 1 (XXII), 43-54.

Reddihough D., Collins, K. (2003). The epidemiology and causes of cerebral palsy. Australian Journal of Physiotherapy 49: 7-12

Simões, A. C. L. (2003/2004). A Importância da Intervenção Precoce Centrada na Família. *Integrar*, (21-22), 53-57.

Simões, A. C. L. (2007). Caracterização dos Programas de Intervenção Precoce, ao abrigo do Despacho-Conjunto N°891/99 de 19 de Outubro, no Distrito de Faro. (Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana).

Tervo, R. (2003). Identifying Patterns of Developmental Delays Can Help Diagnose Neurodevelopmental Disorders. *A Pediatric Perspective* 12 (3), 1-6.

Turk, J. (2008). Global Developmental Delay. Contact a Family for families with disabled children. Retirado de:

http://www.cafamily.org.uk/medicalinformation/conditions/azlistings/g22_1.html?print=all