

I – INTRODUÇÃO

O documento aqui apresentado consiste no Relatório de Estágio Profissionalizante, inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2º ciclo), da Faculdade de Motricidade Humana.

Fazendo parte da fase final da formação de Técnicos de Reabilitação Psicomotora, o estágio tem como objetivos gerais:

- Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológicas, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar;
- Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; e
- 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.

O presente relatório visa descrever o trabalho desenvolvido durante o Estágio Profissionalizante em Reabilitação Psicomotora, no domínio da Intervenção Precoce na Infância (IPI) em dois locais distintos: na Cercizimbra e no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém. O mesmo foi coordenado pela Professora Doutora Teresa Brandão (Orientadora da Faculdade de Motricidade Humana), pela Dr.^a Helena Rocha (Orientadora da Cercizimbra) e pela Dr.^a Maria Antónia Martins (Orientadora do Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém).

Desta forma, o documento aqui apresentado encontra-se organizado em duas partes fundamentais:

Uma primeira parte onde se pretende enquadrar e fundamentar a prática profissional desenvolvida durante o estágio, e uma segunda parte onde se pretende expor o trabalho desenvolvido ao longo do mesmo.

Como tal, na primeira parte será realizada uma revisão da literatura onde se abordarão as questões da Intervenção Precoce e da Psicomotricidade, bem como o enquadramento legal desta prática profissional. Para além disto, proceder-se-á, também, à caracterização das duas instituições onde se desenvolveu o estágio, o contexto funcional e as valências de intervenção presentes nas mesmas e, por fim, serão descritos os contextos de intervenção/comunitários com os quais se contactou durante o estágio.

Já na segunda parte proceder-se-á à descrição de toda a prática desenvolvida, começando por uma revisão da literatura acerca das problemáticas acompanhadas e apresentar-se-á a calendarização e o horário de estágio. De seguida, pretende-se descrever sucintamente os contextos onde decorreram as intervenções, propriamente ditas, bem como os instrumentos utilizados na avaliação dos casos acompanhados, seguindo-se a descrição de três processos de intervenção específicos, onde se incluirá a caracterização das crianças, a avaliação inicial, os objetivos estabelecidos, a tipologia das sessões, as estratégias de intervenção utilizadas e a avaliação final dos mesmos. Por fim, serão apresentadas as dificuldades e limitações sentidas durante o decorrer do estágio, bem como as atividades complementares de formação realizadas.

A última parte deste relatório pretende ser uma conclusão reflexiva sobre todo o processo desenvolvido, bem como o impacto deste a nível pessoal e profissional.

II – ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

O estágio que, de seguida, se apresenta encontra-se inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2º ciclo), da Faculdade de Motricidade Humana, e foi realizado no âmbito da Intervenção Precoce. Como tal, segue-se uma breve revisão da literatura onde se abordarão as questões da Intervenção Precoce e da Psicomotricidade, bem como o enquadramento legal desta prática profissional.

Para além disto, proceder-se-á à caracterização das duas instituições onde se desenvolveu o estágio, o contexto funcional e as valências de intervenção presentes nas mesmas e, por fim, serão descritos os contextos de intervenção/comunitários com os quais se contactou durante o estágio.

1) Revisão da Literatura

1.1) Intervenção Precoce

1.1.1) Definição, Objetivos e População-alvo

A primeira tentativa de criar um programa de Intervenção Precoce, em tudo semelhante aos programas de hoje em dia, surge em 1965 com a denominação de “Head Start”. Esta tentativa de criação do primeiro programa de Intervenção Precoce direcionava-se para crianças em idade pré-escolar e em risco envolvental. As suas características inovadoras, como o envolvimento ativo da família e o facto de abranger um leque bastante vasto de profissionais, deram origem a um programa, de tal modo bem-sucedido, que se mantém ainda hoje, tendo dado origem a outros programas semelhantes: Home Start, Follow Through e/ou Early Head Start (Meisels & Shonkoff, 2000).

Desta forma, a Intervenção precoce foi ganhando, progressivamente, um sentido mais abrangente, sendo que as práticas a este nível diferem de país para país, variando de acordo com as diferentes tradições, opiniões políticas sobre educação, saúde e bem-estar das crianças, levando a decisões muito diversas, tanto a nível político como científico. Hoje, em dia, devido a uma grande evolução a nível do pensamento sobre a criança, as estratégias e os programas de intervenção passam a ter em conta não apenas os aspetos pessoais e interindividuais do desenvolvimento da criança (biológicos, emocionais e cognitivos), como também os aspetos relacionais e transacionais e as dimensões contextuais do desenvolvimento (ambiente social, cultural e político-organizacional) (Franco & Apolónio, 2008).

De acordo com Franco e Apolónio (2008), a conceptualização de Intervenção Precoce assenta em três grandes bases: uma primeira correspondente aos contributos no campo das neurociências, que envolve a plasticidade do cérebro (uma área afetada ou ameaçada pode ser revertida devido à maleabilidade e ao potencial de maturação rápida que o sistema nervoso central tem durante a infância; uma segunda focada no desenvolvimento infantil que enfatiza a importância das primeiras etapas da vida e da relação entre mãe e filho, crucial para o desenvolvimento; e, por fim, uma terceira base que enfatiza a importância de fatores como o ambiente familiar, o meio ambiente e os contextos de desenvolvimento.

Esta é a razão pela qual um dos pontos fortes da Intervenção Precoce é o facto de esta não se restringir apenas a uma área (educação, saúde, educação especial ou segurança social), mas sim estabelecer uma ligação entre todas (Franco & Apolónio, 2008).

De acordo com Shonkoff e Meisels (2000), a Intervenção Precoce consiste na disponibilização de serviços multidisciplinares a crianças dos 0 aos 5 anos de forma a promover a saúde e o bem-estar, aumentando as competências emergentes, minimizando os atrasos de desenvolvimento, remediando as incapacidades existentes ou emergentes, prevenindo a deterioração funcional e promovendo a adaptação parental e o funcionamento global da família. Sendo estes objetivos complementados pela disponibilização de serviços desenvolvimentais, educacionais e terapêuticos individualizados para as crianças e de apoio para as suas famílias.

Segundo estes autores, esta definição de Intervenção Precoce assenta em três pressupostos básicos que guiam a prática da Intervenção Precoce atualmente:

- Todos os organismos estão programados para se adaptar ao seu ambiente e, nem o comportamento nem o potencial de desenvolvimento se encontram pré-determinados por fatores genéticos fixos ao nascimento ou são imutáveis e limitados a um período crítico rigoroso, após o qual é impossível uma mudança;
- O desenvolvimento das crianças só pode ser devidamente apreciado 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 que a intervenção se caracterize por uma intervenção multidisciplinar sendo que não existe uma fórmula única que possa ser aplicada universalmente a todas as crianças (Shonkoff & Meisels, 2000).

Já numa definição de Dunst e Bruder (2002, *cit. in* Pimentel, 2004, p.43) a Intervenção Precoce consiste numa prática que diz essencialmente respeito “aos serviços, apoios e recursos que são necessários para responder, quer às necessidades específicas de cada criança, quer às necessidades das suas famílias no que respeita à promoção do desenvolvimento da criança”, incluindo, assim, “atividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e a aprendizagem da criança” bem como um, “conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem”, criando oportunidades para que elas tenham um papel ativo neste processo.

Mais especificamente, Guralnick (2005) afirma que se espera que a intervenção precoce melhore o desenvolvimento das crianças que apresentam algum tipo de atrasos no desenvolvimento (de etiologia conhecida ou desconhecida), alterando trajetórias de desenvolvimento e prevenindo a ocorrência de complicações secundárias. Já no que toca a crianças em risco, devido a uma variedade de condições biológicas e/ou ambientais, espera-se que estes atrasos possam ser inteiramente prevenidos ou que a sua magnitude seja minimizada.

Todas estas perspetivas consideram a criança como um todo (não só consideram as características inerentes à criança, como as inserem no seu contexto de vida relacional e cultural) e, desta forma, consideram a intervenção de uma forma global. Estes autores enfatizam, também, a necessidade de a intervenção ocorrer num momento certo e oportuno e o mais cedo possível (Franco & Apolónio, 2008).

Desta forma, de acordo com Sameroff e Fiese (2000), a Intervenção Precoce não se pode focar apenas na criança ou no ambiente, e sim em ambos dado que o contexto de desenvolvimento da criança é tão importante quanto as suas características que determinam um desenvolvimento de sucesso. Esta surge, então, como uma forma de dar suporte à criança e à sua família, sendo que, quanto mais cedo se inicia o apoio, e mais abrangente e integrado for o modelo de atendimento, maiores serão os benefícios para ambos (Brandão Coutinho, 2000).

Dentro dos grandes objetivos da Intervenção Precoce podem, então, ser citados: o criar condições facilitadoras de um bom desenvolvimento, que permitam eliminar ou diminuir o risco; facilitar a integração da criança no meio familiar, escolar e social e a sua autonomia pessoal, através da redução dos efeitos inerentes a uma deficiência ou dificuldade; reforçar as boas relações e as competências familiares através da promoção de uma boa base emocional de suporte; e, introduzir mecanismos de compensação e de eliminação de barreiras. Devendo considerar-se, sempre, a criança como *“sujeito ativo no processo, envolvendo a comunidade na integração e fomentando redes de suporte emocional à criança e à família”* (Franco, 2007, p.116).

Efetivamente é na década de 60 que se processa esta transformação da prática da Intervenção Precoce numa prática multidimensional que hoje em dia abrange um conhecimento base crescente, várias iniciativas dinâmicas dos serviços e uma política de compromissos altamente significativa (Shonkoff & Meisels, 2000), sendo que a abordagem atual da Intervenção Precoce pode ser caracterizada como uma abordagem mais naturalista, interativa e integrada (Klein & e Gilkerson, 2000).

Relativamente às fases que compõem o processo de Intervenção Precoce, a fase de deteção é sempre a primeira e consiste em procurar, em toda a população, de forma sistemática, indicadores da necessidade de futuras medidas individualizadas. De seguida, a fase de identificação ou sinalização consiste na procura de sinais ou sintomas que sugiram que o desenvolvimento da criança pode estar em risco ou a progredir de forma atípica. Esta é uma dimensão preventiva fundamental dado que para se intervir precocemente é necessário identificar e orientar, também, precocemente. As fases de avaliação, diagnóstico e planeamento, que se seguem, visam caracterizar a natureza da problemática em causa, as necessidades que daí advém, e um bom uso dos recursos disponíveis. Por fim, a intervenção inclui todas as atividades dirigidas à criança, à sua família e ao ambiente, com o objetivo de criar condições favoráveis ao desenvolvimento da criança (Franco, 2007).

São várias as evidências de que a Intervenção Precoce apresenta efeitos positivos, de curto e médio prazo, em diferentes tipos de populações. Através da utilização de diferentes modelos de atendimento e diferentes modelos curriculares, estes programas podem abranger crianças com diversos tipos de deficiência, prematuros, crianças de meios socio culturais muito desfavorecidos e crianças em diferentes etapas do desenvolvimento (Brandão Coutinho, 2000).

Relativamente aos formatos de intervenção no âmbito da Intervenção Precoce, é possível observar a existência modelos de intervenção individualizada, em contexto domiciliário ou institucional (como hospitais ou centros de intervenção), ou intervenção em grupo (Brandão Coutinho, 2000) e a existência de tão grande variabilidade de respostas em Intervenção Precoce não é surpreendente, dada a enorme heterogeneidade encontrada nas causas biológicas e ambientais da deficiência bem como a heterogeneidade nos padrões comportamentais e de desenvolvimento (Guralnick, 2005).

Estas intervenções devem, então, considerar sempre a globalidade da criança, devendo ser planificadas e implementadas por uma equipa multidisciplinar assente numa orientação interdisciplinar ou transdisciplinar (Shonkoff & Meisels, 2000).

“O reconhecimento da importância dos primeiros tempos de vida no desenvolvimento da criança mudou significativamente os campos da educação, saúde e proteção social. A Intervenção Precoce representa a preocupação intencional de intervir ao nível do desenvolvimento, nomeadamente junto das crianças mais pequenas que se encontram em risco de ter o seu percurso afetado. Mais do que a solução para problemas específicos, falhas ou deficiências, o que está em causa é o desenvolvimento global, presente e futuro, da criança, bem como da família e do contexto que a rodeiam” (Franco, 2007, p.113).

1.1.2) Intervenção centrada na família

Tal como já foi dito, nos últimos anos a prática da Intervenção Precoce tem sofrido várias alterações. Assim, inicialmente os programas centravam-se primeiramente na criança e nas suas necessidades, tendo como objetivo ultrapassar os défices relacionados com o desenvolvimento de capacidades, enquanto que atualmente existe uma articulação entre os serviços e o envolvimento familiar (Meisels & Shonkoff, 2000) uma vez que é este o meio que mais influencia a criança, principalmente em idades muito baixas (Guralnick, 2006).

Como tal, nos anos 70 assiste-se a um incremento de Programas de Intervenção Precoce, nos Estados Unidos, que incidiam nos profissionais e/ou serviços que davam instruções aos pais para que estes, por sua vez, interagissem com os seus filhos no sentido de lhes ensinarem novas competências, reduzirem comportamentos inadequados e generalizarem competências já adquiridas (Meisels & Shonkoff, 2000).

A este nível, têm sido vários os argumentos que sustentam a importância de uma colaboração estreita entre pais e profissionais bem como são várias as vantagens da partilha de informações e competências com o objetivo de os pais participarem ativamente no processo de intervenção pedagógico/terapêutico dos seus filhos (Brandão Coutinho, 2000).

A abordagem centrada na família valoriza as relações de colaboração entre os profissionais e as famílias e reconhece o valor dos conhecimentos e mais-valias que cada um pode apresentar. Desta forma, o profissional deverá constituir-se como um elemento facilitador da participação ativa da família na promoção das suas escolhas e decisões (Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000; Antunes & Duarte, 2003).

Esta nova perspetiva baseia-se no pressuposto de que o fortalecimento das relações entre a criança e os seus familiares, bem como a promoção de qualidade nos seus contextos de vida diária surtem efeitos positivos nas diferentes áreas de desenvolvimento das crianças, dado que quando uma família possui algum tipo de apoio encontra-se melhor preparada para responder às necessidades do seu filho (Sameroff & Fiese, 2000; Hauser-Cram, Warfield, Shonkoff & Krauss, 2001).

É muito importante que a família também seja ouvida nos seus recursos e nas suas necessidades, dando-se especial atenção às características da mesma (atitudes, valores, crenças e estilos de adaptação dos diferentes membros da família individualmente e como um todo) (Antunes & Duarte, 2003).

Se se confirmar a necessidade de uma intervenção é elaborado o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), entre o técnico e a família, que se constitui como uma base para a implementação do programa de intervenção psicomotora, e onde devem constar: a identificação das características e das necessidades da criança, a identificação das características e das necessidades da família, a identificação do técnico de psicomotricidade responsável pelo apoio, a descrição dos recursos comunitários envolvidos, os prazos para a reavaliação da situação e concretização de alguns dos objetivos, o tipo de apoio a prestar, a probabilidade de encaminhamento da criança e da família para outro serviço e a data provável para cada uma dessas etapas (Antunes & Duarte, 2003).

Para além disto, a intervenção centra-se na reeducação da família fornecendo informação correta e atualizada sobre o desenvolvimento infantil e afetividade. Esta informação permitirá a redefinição das conceções parentais centradas nas perceções e interpretações que os pais fazem acerca do comportamento da criança, encorajando os pais a ver essas dificuldades como temporárias ou como meras diferenças, e a valorizar os pontos fortes da criança (Sameroff & Fiese, 2000; Guralnick, 2006).

Os pais e o ambiente familiar constituem forças poderosas na formação e no desenvolvimento infantil e são múltiplas as dimensões da vida familiar que afetam a

criança: os valores, a cultura da família, o ambiente físico do lar, a maneira de falar, de disciplinar e de ensinar, os modelos fornecidos pelos pais e outros membros da família, as interações gerais entre os familiares, a maneira de ser fora de casa, entre outras que influenciam, de alguma forma, a personalidade, o autoconceito, as competências sociais e, principalmente, o desenvolvimento da criança (Hauser-Cram et al., 2001).

Além disto, o envolvimento familiar é o contexto mais natural em crianças de idade pré-escolar e, quando intencionalmente planeado e organizado, constitui um fator facilitador de aprendizagem, promovendo o desenvolvimento da criança (Brandão Coutinho, 2000).

A família deve, então, ser encarada como um elemento ativo na equipa de Intervenção Precoce, e ajudar a aumentar o conhecimento acerca das competências, dos recursos e dos contextos de aprendizagem em que a criança se insere, de forma a criar um Plano de Intervenção o mais adequado possível, abrangendo tanto as necessidades da criança como as da família, com o objetivo final de melhorar o nível de desenvolvimento da criança (Greenspan & Meisels, 1996 *cit. in* Meisels & Atkins-Burnett, 2000; Guralnick, 2004; Franco, 2007), cabendo aos profissionais a tarefa de descobrir formas que permitam o envolvimento dos pais na tomada de decisões e cuidados da criança (Davis & May, 1991, Lillie, 1993, McBride & McBride, 1993 *cit. in* Howard, Williams, Port & Lepper, 2001).

Desta forma, o Plano de Intervenção Precoce deve:

- a) Perspetivar um modelo integrado de desenvolvimento, que contemple uma visão holística e ecológica da criança e da sua família;
- b) Basear-se em múltiplas fontes de informação e em múltiplas componentes, tendo em conta a complexidade do desenvolvimento, dos contextos e dos instrumentos;
- c) Basear-se no contexto das relações e das interações da criança e da família;
- d) Perspetivar uma relação de colaboração entre a família e os profissionais;
- e) Constituir-se como o alicerce de todo o processo de intervenção e de apoio (Meisels & Atkins-Burnett, 2000).

Efetivamente, a intervenção centrada na família é bastante exigente para os profissionais. Acima de tudo, é muito importante nunca perder de vista a criança no seu contexto familiar devendo, ainda, existir um equilíbrio entre: os objetivos e as prioridades dos profissionais e das famílias; as necessidades dos pais e das crianças; o reconhecimento das forças da criança e da família, bem como das suas vulnerabilidades; e, sempre que possível, fornecer as bases e incentivar as famílias a serem elas a guiar o desenvolvimento dos seus filhos “empowerment” (Halpern, 2000; Howard, Williams, Port & Lepper, 2001).

Acima de tudo, para qualquer plano de intervenção bem-sucedido, os serviços e apoios completos em conjunto como o envolvimento da família são os aspetos de maior importância (Guralnick, 2004, 2005).

1.1.3) Intervenção Precoce em Portugal

Em termos históricos, Portugal apresentou alguns projetos pioneiros de Intervenção Precoce, demonstrando uma clara preocupação em providenciar serviços adequados, do ponto de vista desenvolvimental, a crianças com Necessidade Educativas Especiais ou em risco. Algumas das primeiras experiências nesta área datam da década de 70, altura em que, sobre a Alçada do Ministério da Segurança Social surgem os Centros de Paralisia Cerebral em Lisboa, Porto e Coimbra com programas de Intervenção Precoce e técnicos de diferentes especialidades, para crianças com paralisia cerebral ou outras problemáticas motoras (Bairrão & Almeida, 2002; ANIP, 2007).

É, no entanto, apenas em 1973 que surge a primeira tentativa, por parte do Ministério da Educação, de responder às necessidades das crianças com deficiências (Costa e Rodrigues, 1999).

Também sobre a alçada do Ministério, e uma vez que era um pouco raro que crianças com algum tipo de dificuldade frequentassem creches e jardins-de-infância, coube às equipas de Educação Especial a responsabilidade por responder às suas necessidades educacionais (Franco & Apolónio, 2008).

Após o ano de 1974, e devido à Revolução de 25 de Abril, ocorreram mudanças significativas quanto ao apoio a crianças com distúrbios de desenvolvimento com a criação das Cerci's (que inicialmente estavam mais focadas em crianças em idade escolar). Para além disto, surgiram, também, Instituições sem fins lucrativos que começaram a apostar na integração de crianças com deficiência em creches e no acesso à educação pré-escolar (Franco & Apolónio, 2008).

Como tal, enquanto as cooperativas incidiam maioritariamente nas questões educativas, as associações de pais, formadas na altura, preocupavam-se, principalmente com questões de ordem social (Costa e Rodrigues, 1999).

Já no final da década de 80 e início de 90, surgem a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989) a Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) e as Normas sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência (1993), constituindo-se marcos fundamentais no que toca ao garantir o acesso de crianças com deficiência à educação (Costa, 2003 *cit. in* Tegethof, 2007).

Em resultado, em 1999 surge o Despacho Conjunto nº 891/99 que visa regulamentar a prática de Intervenção Precoce em Portugal, impulsionando o trabalho desenvolvido a este nível, e que veio dar corpo a um conjunto importante de experiências que se desenvolviam, por todo o país, formalizando a criação de uma rede onde se integram as estruturas locais de saúde, sociais e de educação (centros de saúde, hospitais, serviços locais de assistência social, creches e estruturas educacionais que promovam a inclusão) e também outras estruturas públicas e privadas (instituições de assistência social que incluam a reabilitação ou os cuidados primários, as autoridades locais e outras instituições envolvidas na proteção social) (Despacho Conjunto nº 891/99).

Relativamente ao tipo de Intervenção que é feita em Portugal no âmbito da Intervenção precoce, a 6 de Outubro de 2009 surge o Decreto-Lei nº 281/2009 cujo objetivo se prendia com o reconhecimento do estatuto da Intervenção Precoce, bem como a necessidade da criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) de modo a *“assegurar um sistema de interação entre as famílias e as instituições e, na primeira linha, as da saúde, de forma a que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível”* (Decreto-Lei nº 281/2009, p.7298).

De acordo com este mesmo Decreto-Lei a Intervenção Precoce na Infância (IPI) vem definida 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”* (alínea a), Art. 3º do Decreto-Lei nº 281/2009, p.7298).

Já de acordo com Franco e Apolónio (2008), as definições mais atuais de Intervenção Precoce apresentam como aspetos fundamentais:

- A orientação para crianças até aos 6 anos (com uma ênfase especial até aos 3 anos);
- A orientação para crianças com deficiência, transtornos do desenvolvimento ou em risco de apresentar distúrbios em algum momento futuro;
- A orientação para a criança como um todo, e não apenas para os aspetos que se encontram alterados no seu desenvolvimento;
- O objetivo de assegurar todas as condições necessárias a um

desenvolvimento positivo;

- Ser uma medida integrada (a nível da educação, da saúde e do bem-estar social);
- A orientação não só para a criança, mas também para a sua família e contexto de desenvolvimento.

De acordo com este Decreto-Lei, o SNIPI pode ser definido como um “conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar” e deve abranger “crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou 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 as suas famílias” (Decreto-Lei nº 281/2009, p.7298).

Relativamente aos seus objetivos, o SNIPI visa:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Decreto-Lei nº 281/2009).

De acordo com o mesmo Decreto-Lei, são elegíveis para apoio no âmbito do SNIPI, as crianças entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias, que apresentem condições incluídas num dos seguintes grupos:

- Grupo 1 – crianças com “alterações nas funções ou estruturas do corpo” que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, 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 (Decreto-Lei nº 281/2009, p.7299).

Desta forma, são elegíveis para acesso ao SNIPI, todas as crianças do 1º grupo e as crianças do 2º grupo, que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental (Decreto-Lei nº 281/2009).

Também de acordo com este Decreto-Lei, cabe às equipas locais de intervenção do SNIPI: a identificação das crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI; assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução; o encaminhamento de crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social; a identificação das necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social; a articulação, sempre que justificável, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil; assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos; e a articulação com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI (Decreto-Lei nº 281/2009).

Ainda de acordo com o mesmo Decreto-Lei, é também função das equipas locais de intervenção do SNIPI a elaboração e a execução de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) em função do diagnóstico e da situação de cada criança. Este PIIP consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem 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).

Neste PIIP deve constar a identificação dos recursos e necessidades da criança e da família; a identificação dos apoios a prestar; a indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração; a definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respetivas capacidades de adaptação; os procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar; e a articulação com o Programa Educativo Individual (PEI), aquando da transição de crianças para a frequência de jardins-de-infância ou escolas básicas do 1.º ciclo (Decreto-Lei nº 281/2009).

Por fim, no processo individual de cada criança devem constar, para além do PIIP, os relatórios inerentes, as medidas aplicadas, a informação pertinente, a declaração de aceitação das famílias e a intervenção das instituições privadas (Decreto-Lei nº 281/2009).

Efetivamente, em Portugal, a questão da participação das famílias no processo de intervenção ainda se encontra um pouco atrás do que se verifica em outros países como é o caso dos Estados Unidos. No entanto, devido às melhores condições de formação e de supervisão e à existência de uma componente pluridisciplinar, de facto, tem vindo a aumentar a participação dos pais no processo de intervenção dos seus filhos (Almeida, 2004).

1.1.4) Intervenção Precoce em contexto de Jardim de Infância

De acordo com Bricker & Cripe (1992) e com Guralnick (2006), para crianças em idade pré-escolar a localização preferencial para a realização da intervenção é o seu contexto natural, ou seja, o jardim-de-infância em que se encontram inseridas.

Desta forma, o trabalho com crianças deve privilegiar a utilização de práticas adequadas e de um currículo desenvolvimental e funcional aplicado nos contextos naturais de aprendizagem que para Bricker e Cripe (1992), para Antunes e Duarte (2003) e para Dunst e Bruder (2002 *cit. in* Pimentel, 2004) são constituídos pela habitação, a comunidade, os contextos de creche e jardim-de-infância e quaisquer outros locais, cenários e atividades em que participem crianças sem deficiências da mesma idade.

Da mesma forma, McWilliam (2007 *cit. in* Almeida, Carvalho, Ferreira, Grande, Lopes, Pinto, Portugal, Santos & Serrano, 2011) defende que os serviços de Intervenção Precoce devem ser prestados, sempre que possível, nas atividades e rotinas diárias dos ambientes naturais em que as crianças passam a maior parte do seu tempo de aprendizagem, nomeadamente na creche, no jardim-de-infância e em casa.

De acordo com estes autores, *“uma prática de intervenção baseada nas rotinas é uma componente essencial de um modelo centrado na família e na comunidade, que privilegia, necessariamente, a identificação das rotinas, atividades e acontecimentos que ocorrem nos vários contextos de vida da criança”* (p.85). Como tal, torna-se importante analisar o dia-a-dia da criança e tirar partido do mesmo encontrando atividades promotoras de algum tipo de aprendizagem. Este trabalho deve ser realizado tanto em conjunto com as famílias como com os educadores que acompanham as crianças durante o dia, sendo que uma intervenção baseada nas rotinas tem de ser

suficientemente flexível para se adaptar a todas as circunstâncias (Almeida et al., 2011).

Ainda de acordo com os autores, “a família, a vida na comunidade e a creche ou o jardim-de-infância proporcionam múltiplas oportunidades para experiências de aprendizagem, constituindo assim ótimos cenários de intervenção” (p.85), sendo que neste caso “o papel do profissional deverá ser o de apoiar os vários prestadores de cuidados, ajudando-os a identificar e aproveitar as oportunidades naturais de aprendizagem que ocorrem nas rotinas de vida diária da criança e que vão ao encontro dos seus interesses” (p.85).

Este tipo de prática baseada nos contextos naturais das crianças deverá substituir o enfoque restrito em sessões terapêuticas individuais, uma vez que, se tal não acontecer, e os profissionais de Intervenção Precoce continuarem a providenciar apoio/terapia num ambiente clínico ou fora dos contextos naturais, não será possível observar como a criança se comporta, realmente, no seu ambiente natural (Hanft & Pilkington, 2000, *cit. in* Almeida et al., 2011).

De acordo com McWilliam (1996, *cit. in* Almeida et al., 2011), o técnico de Intervenção Precoce pode intervir de seis formas diferentes, que podem considerar-se um *continuum* desde o mais segregado (a) até ao mais integrado (f):

- a) Retirar a criança da sala/turma e dar-lhe apoio individualizado;
- b) Retirar a criança da sala/turma com um pequeno grupo e trabalhar em pequeno grupo;
- c) Dar apoio individualizado à criança no contexto da sala/turma;
- d) Dar apoio à criança no contexto de uma atividade de grupo, na sala/turma;
- e) Dar apoio individualizado à criança no contexto das rotinas do grupo;
- f) Consultoria pura - o educador da creche/jardim-de-infância assume toda a intervenção direta com a criança.

No estudo, que decorreu durante dois anos, desenvolvido por McWilliam (1996, *cit. in* Almeida et al., 2011), as alternativas que provaram ser mais eficazes, foram (1º) o apoio em contexto de rotinas e (2º) o apoio em grupo, na sala/turma; provavelmente, porque desta forma, o educador tem a oportunidade de ver e/ou participar na intervenção que o especialista dinamiza, podendo dar continuidade nos períodos entre estas visitas. Por outro lado, torna-se possível, também, que o técnico aprenda com o educador o melhor modo de trabalhar em contexto de sala/turma.

McWilliam (2010, *cit. in* Almeida et al., 2011) identificou, ainda, alguns aspetos chave para o sucesso de programas de apoio à integração de crianças com necessidades especiais em contextos regulares de educação e, de entre eles podemos destacar: (1) O técnico deve partilhar com o educador da creche/jardim-de-infância as suas expectativas, devendo ambos discutir o que cada um gostaria que o outro fizesse quando o técnico se encontra presente; (2) o técnico deve estabelecer regras de base para maximizar o impacto positivo e minimizar eventuais aspetos que "corram mal"; (3) o técnico deve ser humilde e respeitar o educador, e o facto de estar no ambiente dele; (4) independentemente do método utilizado, o especialista deve comunicar com o educador; (5) a equipa deve utilizar avaliação baseada nas rotinas para ter objetivos funcionais, uma vez que é muito mais fácil integrar objetivos funcionais, do que não funcionais, sendo mais provável que os educadores integrem estratégias tendentes a atingir objetivos funcionais; (6) o especialista deve utilizar consultoria colaborativa e decidir, em conjunto com o educador quais são os problemas, quais são as soluções, e se as soluções estão a resultar.

No entanto, esta metodologia pressupõe uma boa colaboração entre todos os profissionais e requer uma planificação complexa entre os educadores de infância, os diferentes profissionais dos serviços de educação especial e os pais, assim como a elaboração de um plano para a sua implementação (Almeida et al., 2011).

Por fim, relativamente à situação de Portugal, a intervenção realiza-se

maioritariamente, nos contextos naturais em regime de inclusão, privilegiando-se o contacto sistemático das crianças com os pares da mesma idade e sem deficiência, quer no contexto pré-escolar formal quer nas situações de vida comunitária. No entanto, no âmbito das equipas multidisciplinares existem, ainda, muitas intervenções realizadas em centros de apoio e, mesmo quando o trabalho é feito no âmbito do jardim-de-infância, a prestação de serviços ainda ocorre fora do contexto da sala que a criança frequenta. Desta forma, é legítimo interrogarmo-nos sobre a efetiva implementação das práticas adequadas que estejam, de facto, inseridas nas atividades e nas rotinas do dia-a-dia das crianças e das famílias (Pimentel, 2004).

1.2) Psicomotricidade

1.2.1) Definição, Objetivos e População-alvo

De acordo com Martins (2001), a Psicomotricidade é baseada numa visão holística do ser humano, onde se considera a constante interação das potencialidades motoras, mentais e emocionais de um indivíduo em que o corpo é o lugar de manifestação de todo o ser. A prática psicomotora é unificadora (fortalece os laços entre o corpo e a atividade mental) e é capaz de melhorar o potencial adaptativo do sujeito, ou seja, as suas possibilidades de realização nas trocas com o envolvimento. Tem, assim, como objetivo contribuir para a superação de problemas de maturação, desenvolvimento, aprendizagem e comportamento, utilizando para isso uma intervenção por mediação corporal.

Quanto às problemáticas a que se dirige, estas podem apresentar incidência a nível *“corporal (dispraxias, perturbações do esquema corporal, lateralidade e espaço-temporais e problemas psicossomáticos, etc.), relacional (dificuldades de comunicação, hiperatividade, agressividade, etc.) e cognitiva (défices de atenção, de memória, simbólica e conceptual, etc.)”*, dirigindo-se, também, a todas as faixas etárias (Morais, Novais & Mateus, 2005, p.41-42).

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 de *“o desenvolvimento motor, psicoafectivo e/ou o potencial de aprendizagem”* se encontrarem afetados *“comprometendo a adaptabilidade da pessoa”* (Morais, Novais & Mateus, 2005, p.42).

A intervenção deve basear-se em situações que permitam ultrapassar os bloqueios existentes e promover as libertações gestuais, através de uma atmosfera permissiva, segura e lúdica (Martins, 2001) e, de acordo com Aucouturier, Darrault & Empinet (1986 *cit. in* Martins 2001) terá como finalidade a comunicação, a criação, o acesso a um pensamento operatório assim como a harmonização e maximização do potencial motor, cognitivo e afetivo-relacional, ou seja, o desenvolvimento global da personalidade e a adaptabilidade do processamento de informação.

A Psicomotricidade pode, então, ser definida como uma prática específica que atua sobre o corpo, que implica uma escuta e uma participação ativa, tanto por parte do cliente como por parte do terapeuta. O psicomotricista interage com o cliente através de uma mediação corporal, do jogo simbólico, da representação, da relaxação, entre outras técnicas. Para além disto, o psicomotricista pode utilizar o seu próprio corpo como mediador da relação com o outro sendo que o seu corpo tanto pode agir como ser agido nesta relação e, por isso, é muito importante que o psicomotricista, consiga fazer a distinção entre a sua experiência e os seus sentimentos da experiência e dos sentimentos do outro (Raynaud, Danner & Inigo, 2007).

Em resumo, pode-se afirmar que a Psicomotricidade utiliza o movimento, o agir, a

experiência e o investimento corporal, de modo a que as pessoas que necessitem de comunicar e organizar o pensamento possam evoluir melhor, e essa experiência, ligada à interiorização da vivência corporal, pode-se manifestar em várias situações (Fonseca & Martins, 2001). Para além disto, a Psicomotricidade deve procurar, sobretudo, provocar o desejo de comunicar através do corpo, estruturando as bases para o desenvolvimento da linguagem através da exploração das vertentes percetivas e simbólicas (CADIn, 2005).

Acima de tudo, a prática psicomotora pode definir-se de acordo com 3 parâmetros: o jogo, o corpo e a relação corporal (Sassano, 2003).

No fundo os instrumentos de trabalho de um psicomotricista passam pelos próprios corpos, espaço/sala, o tempo e ritmos da sessão bem como os vários objetos disponíveis (Martins, 2001).

Quanto ao tipo de intervenção, esta tanto pode assumir um carácter instrumental ou relacional. Na psicomotricidade instrumental a comunicação verbal é fundamental antes de se resolver o problema e depois, na sua avaliação. Desta forma, o sujeito retém melhor os passos a realizar, bem como as diferenças e/ou semelhanças entre o que pretendia fazer e o que realmente fez. É também utilizado o incentivo à reflexão cognitiva (desenvolvendo os processos de análise, integração e elaboração da informação), na medida em que é o sujeito quem tem de arranjar a solução, sendo o terapeuta apenas uma ajuda na organização do pensamento. Este tipo de intervenção relaciona-se mais precisamente com os objetos e com as características espaciais e temporais do envolvimento (Martins, 2001).

Por outro lado, a intervenção de carácter relacional *“engloba uma série de estratégias de intervenções e de ações pedagógicas que servem como meio de ajuda à evolução dos processos de desenvolvimento e de aprendizagem da criança”* (Negrine, 2002, p.63). Ao nível da comunicação utiliza todos os canais possíveis, nomeadamente o da comunicação não-verbal, dado que nesta mediatização corporal os canais mais importantes englobam as orientações corporais, o diálogo tónico, a respiração, a voz, o olhar, o odor, etc. (Martins, 2001).

É competência do Psicomotricista: a avaliação e o diagnóstico do perfil de desenvolvimento psicomotor; o domínio de modelos e técnicas de habilitação e reabilitação psicomotora em populações especiais ou de risco; prescrição, planeamento, avaliação, implementação e (re)avaliação de programas de psicomotricidade; a formação, supervisão e orientação de outros técnicos; a consultoria e organização de serviços vocacionados para a psicomotricidade; e a proposta de adaptações envolvimentoais (familiares ou escolares) suscetíveis de maximizarem as respostas reeducativas ou terapêuticas decorrentes da intervenção direta (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s/d).

Quando se realiza uma avaliação psicomotora é possível avaliar, também, a qualidade da relação com o seu ambiente familiar, social, académico e profissional. E esta avaliação procura situar os sintomas no contexto global da personalidade e da história do sujeito. Durante esta avaliação “ler” o corpo é um aspeto de maior relevância, dado que é através do corpo que se expressam todas as vivências do sujeito (Raynaud, Danner & Inigo, 2007).

Por fim o Psicomotricista pode enquadrar-se no contexto da saúde (em hospitais gerais e psiquiátricos, centros de saúde e centros de atendimentos à toxicod dependência), da educação (em jardins-de-infância, escolas do ensino básico e educação especial), da segurança social (em Instituições Privadas de Solidariedade Social – IPSS –, associações e cooperativas de ação social, centros de acolhimento e centros de dia), da justiça (em institutos e equipas de reinserção social), das estruturas desportivas com serviços de reabilitação (adaptação ao meio aquático, equitação terapêutica) e de outros âmbitos (em clínicas psicopedagógicas, clínicas geriátricas) (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s/d).

Acima de tudo, importa ter em consideração que a motricidade não é um fim em si, mas funciona como mediatizadora das funções psíquicas, emocionais e cognitivas que comandam a organização do plano motor (Antunes & Duarte, 2003).

1.2.2) Psicomotricidade em Portugal

De acordo com a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s/d) “a *Psicomotricidade pode ser definida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade*”.

Em Portugal a intervenção em Psicomotricidade apresenta-se como tendo um carácter essencialmente reeducativo e terapêutico sendo que, apesar de se encontrar direcionada para todas as idades, existe uma maior incidência na idade escolar e adulta (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s/d).

No que toca à colaboração com outros profissionais, existe uma complementaridade entre a intervenção em Psicomotricidade e outros tipos de intervenção, como a Psicologia, a Terapia da Fala e a ação educativa regular (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s/d).

Quanto ao encaminhamento para esta intervenção, este pode ser realizado por diferentes técnicos: médicos, psicólogos ou pelos próprios psicomotricistas (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s/d).

Acima de tudo, a grande dificuldade que o psicomotricista encontra em Portugal é, provavelmente, o facto de não existir legislação para a regulamentação da profissão, sendo que esta é bastante recente (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s/d).

1.2.3) Psicomotricidade nas Crianças

Segundo Fonseca (2001b), a psicomotricidade assume diferentes dimensões: preventiva, educativa, reeducativa e psicoterapêutica, tendo como base a ação e os estímulos, sendo que é a partir destes que se toma consciência do eu e do mundo. Através destes diferentes modos de aplicação, a psicomotricidade tem o objetivo de atingir um nível elevado de desenvolvimento e aprendizagem na criança. Todo o tipo de experiência corporal com que a criança se depare desde pequena influenciará diretamente as suas experiências motoras. Desta forma, é muito importante que as crianças recebam estímulos variados e relacionados com experiências psicomotoras de forma a construírem o seu processo de desenvolvimento de forma satisfatória.

Segundo Martins (2001), inicialmente acreditava-se que a Psicomotricidade nos primeiros anos de vida teria apenas como objetivo corrigir problemas motores e espaço-temporais, com base num enfoque instrumental e cognitivo. No entanto, ao longo do tempo esta assume o objetivo de realização da criança enquanto pessoa.

Já para Wallon (*cit. in* Martins 2001) as descobertas intelectuais da criança passam por jogos de oposição qualitativos e depois quantitativos, levando a criança à organização do pensamento categorial.

No mesmo sentido Franc (2002) afirma que a intervenção psicomotora parte da espontaneidade, tanto na atividade motora como no jogo. Ao jogar a criança acede ao simbolismo e à representação mental pela ação direta sobre os objetos e pela atividade motora.

Sempre que uma criança é diagnosticada com alguma perturbação do desenvolvimento psicomotor deve ser encaminhada e beneficiar, entre outras terapias, de uma intervenção especializada no âmbito da psicomotricidade. Sendo que quanto mais cedo se processar este diagnóstico, melhores os prognósticos de evolução da criança

(Antunes & Duarte, 2003).

A criança é, então, avaliada através de um ou mais instrumentos formais ou informais, sendo que podemos destacar: a Escala de Desenvolvimento Psicomotor dos 0 aos 5 anos de Vítor da Fonseca (1998), a Escala de Desenvolvimento de M. Sheridan (1965), a Schedule of Growing Skills (Bellman, Lingam & Aukett, 1996), a Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths (1984) e a Escala de Desenvolvimento da Criança de Bayley (1993). É através desta avaliação que se estabelece o perfil psicomotor da criança, com as suas áreas fortes e as suas áreas fracas (Antunes & Duarte, 2003).

E cabe ao psicomotricista intervir simultaneamente nas funções emocionais e afetivas da criança, através de estratégias de intencionalidade, reciprocidade, significação, transcendência, novidade e complexidade, segurança, conforto, sentimento de competência, busca de satisfação de objetivos, transferência, metacognição, etc. (Fonseca, 2001a).

2) Enquadramento Legal

O enquadramento legal no âmbito da Intervenção Precoce em Portugal, relativo à prática de aprofundamento das competências profissionais realizada, foi anteriormente descrito no ponto 1.2.3) ao abrigo do Despacho Conjunto nº 891/99 e do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro de 2009.

3) Enquadramento Institucional Formal

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 à intervenção no ambiente natural em que as crianças se encontram inseridas. Deste modo, na Cercizimbra 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 do Centro

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 com 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 com deficiência e/ou em risco, bem como o apoio à infância e juventude, pautando-se por uma filosofia de intervenção comunitária (Cercizimbra, 2012).

Esta instituição tem como objetivo a promoção e a inclusão de crianças, jovens e adultos com deficiência e/ou incapacidade, em contextos normalizados e facilitadores do seu desenvolvimento psicossocial, através da criação de respostas diversificadas e adaptadas às suas necessidades, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida (Cercizimbra, 2012).

O apoio prestado pela Cercizimbra está organizado em diferentes respostas sociais, de acordo com a população-alvo e objetivos de intervenção, distribuídas por 5 equipamentos distintos:

- A Unidade Integrada de Atendimento à Infância (UIAI), onde se incluem 4 respostas sociais (Serviço Técnico de Intervenção Precoce (STIP), Creche, Pré-Escolar e 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); e
- Redes de Unidades Residenciais (RUR) (Lar Residencial para Adultos Autónomos e Lar Residencial para Adultos Dependentes) (Cercizimbra, 2012).

3.1.2) Serviço Técnico de Intervenção Precoce – Equipa Local de Intervenção de Sesimbra (STIP – ELI Sesimbra)

Inicialmente definido apenas como Serviço Técnico de Intervenção Precoce, o STIP inicia funções em Junho de 1993 com objetivos bem definidos: sensibilizar a comunidade para a deteção precoce de situações de risco (ou em vias de o ser), detetar precocemente a natureza do problema e/ou situação de risco e promover a inclusão das famílias e suas crianças na comunidade (Serviço Técnico de Intervenção Precoce, 2008).

Atualmente, 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 sede do STIP – ELI 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).

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 do Decreto-Lei nº 281/2009, p. 7298).

Desta forma, o STIP – ELI Sesimbra constitui-se como um serviço itinerante, 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 as crianças frequentem (Cercizimbra, 2012).

A equipa do STIP – ELI Sesimbra mantém uma intervenção ao nível da criança, do apoio às famílias e do envolvimento da comunidade, como tal, dá resposta às famílias com “crianças entre os 0 e os 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” (Art. 2º do Decreto-Lei nº 281/2009, p. 7298) e considera os critérios de elegibilidade definidos no âmbito do SNIPI (Cercizimbra, 2012).

A equipa do STIP – ELI Sesimbra é constituída por uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (TSEER), uma Psicóloga, uma Técnica de Política Social e uma Terapeuta da Fala, sendo que as três primeiras Técnicas são também Terapeutas Familiares e a Técnica de Educação Especial e Reabilitação é a Diretora Técnica (Cercizimbra, 2012).

Por fim, alguns dos projetos desenvolvidos pelo STIP – ELI Sesimbra são:

- 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); e
- Projeto de Intervenção em Rede (Exposição de livros itinerante: “Falar de...”) (Cercizimbra, 2012).



Figura 1: Sede do STIP – ELI Sesimbra (Instalações do STIP)

3.2) Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém

3.2.1) Caracterização, contexto funcional e valências de Intervenção do Centro

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 à 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 à sociedade e à 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 sócio-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 de 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, Auxiliares de Serviços Gerais, Secretária da Direção, Económa/Administrativa, Porteiro, Cozinheira e Auxiliar 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: o inglês, a cerâmica e a praia. Compreende, ainda, duas atividades extracurriculares facultativas: a música e a ginástica (Regulamento Interno, 2011/2012).

Existem, ainda, dois projetos extra, dirigidos para os pais, que visam promover a interação destes com os seus filhos, 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 (Centro Paroquial de Assistência da Santa Maria de Belém – Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém, 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 isolamento, 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, num ambiente acolhedor e familiar (Centro Paroquial de Assistência da Santa Maria de Belém – Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém, 2011).



Figura 2: Abrigo Infantil de Santa maria de Belém

4) Relação com outros Contextos de Intervenção ou Comunitários

Durante o decorrer de estágio foi, também, possível estabelecer contacto com diferentes Contextos de Intervenção e contextos Comunitários.

Desta forma, na Cercizimbra foi possível assistir a duas avaliações com a Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths, numa sala com vidro reflexivo de um sentido, foi possível assistir a uma sessão do “Grupo da Brincadeira” em que se encontrava inserida uma das crianças acompanhadas, e foi possível assistir a uma sessão no “Espaço Aqui Brincamos Todos” destinado a crianças até aos 6 anos, acompanhadas por um adulto e localizado na Sala Infanto-Juvenil da Biblioteca Municipal de Sesimbra. Para além disto, foi dada, ainda, a possibilidade de participação nas reuniões semanais da equipa, que se realizavam às segundas-feiras, no horário da tarde.

Já no caso do Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém começou por ser dada a oportunidade de observar todas as salas da instituição e realizar uma avaliação geral das crianças integradas em cada uma das salas, de modo procurar detetar precocemente algum caso que fosse necessário sinalizar. Para além disto, foi possível realizar algumas reuniões com os pais das crianças acompanhadas bem como com outros técnicos integrados no processo de intervenção das mesmas (Educadoras, Psicóloga, Terapeuta de Intervenção Precoce, Assistente Social, Medica de Família, entre outros). Por fim, nesta instituição foi dada, ainda, a possibilidade de participar em algumas reuniões das Educadoras, realizadas quinzenalmente, que tinham como objetivos estabelecer estratégias e discutir assuntos pertinentes para o bom funcionamento da instituição, bem como participar/assistir aos projetos mensais da instituição.

Desta forma, foi possível partilhar informações, discutir opiniões e retirar dúvidas com diferentes profissionais, tornando esta experiência bastante rica.

III – REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

1) Problemas em Estudo nas Áreas de Desempenho Definidas

Durante a realização do Estágio foram acompanhadas, ao todo, 5 crianças: 2 na Cercizimbra e 3 no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém. No início do Estágio as crianças tinham idades compreendidas entre 1 e 5 anos tendo, entre elas, diagnósticos bastante diferenciados. Destes diagnósticos podemos destacar o Atraso Global do Desenvolvimento, o Autismo e a Síndrome de Wolf-Hirschhorn que constituem as três problemáticas em estudo.

Para além destas 5 crianças acompanhadas individualmente, foram acompanhadas outras crianças integradas num grupo de famílias que tinha como objetivo a passagem de estratégias de desenvolvimento para o ambiente familiar. Este grupo, tal como foi dito, era constituído por crianças até aos 6 anos de idade e suas respetivas famílias.

Segue-se, então, uma tabela resumida da caracterização das atividades de estágio:

Criança	Idade no início da intervenção	Diagnóstico	Problemática	Principais Dificuldades	Instituição	Local de Intervenção
C.	1 ano e 9 meses	Sim	Atraso Global do Desenvolvimento	Motricidade Global, Autonomia e Comunicação	Cercizimbra	Sala e Recreio da criança no Externato de Santa Joana
S.	3 anos e 5 meses	Sim	Síndrome de Wolf-Hirschhorn	Motricidade Global, Motricidade Fina, Interação Social, Autonomia, Comunicação e Cognição	Abrigo Infantil	Sala da criança e Refeitório do Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém
Y.	3 anos e 9 meses	Não	Sem diagnóstico especificado	Comunicação, Interação Social e Cognição	Abrigo Infantil	Sala individual no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém
A.	4 anos e 4 meses	Sim	Autismo	Comunicação, Cognição e Interação Social	Abrigo Infantil	Sala individual no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém
T.	5 anos e 10 meses	Sim	Paralisia Cerebral com hemiparesia direita, Atraso Global do Desenvolvimento, Défice Sensorial (défice visual e surdez ligeira à esquerda) e Epilepsia (sem crises) resultantes de Meningite Neonatal	Autonomia, Concentração e Comportamento	Cercizimbra	Sala e Recreio da criança no Jardim de Infância de Sesimbra

Quadro 1: Caracterização das Atividades de Estágio

1.1) Atraso Global do Desenvolvimento

1.1.1) Definição

O Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor pode ser definido como um atraso significativo (dois desvios padrão abaixo da média esperada para a idade) em mais do que um domínio do desenvolvimento (motricidade global, motricidade fina, cognição, comunicação, competências sociais e autonomia), sendo que o comprometimento em cada um destes domínios é variável tornando-se esta problemática bastante heterogênea tanto a nível etiológico como a nível da sua expressão fenotípica (Ferreira, 2004).

Da mesma forma, o Atraso Global do Desenvolvimento raramente se encontra associado a uma causa específica, bem definida e tratável, e a explicação etiológica raramente é definitiva. No entanto, a sua identificação precoce ajuda tanto as crianças como as suas famílias a definirem novos objetivos, novas expectativas para o futuro e a diminuir a sua ansiedade, bem como a encontrar um tratamento e uma estimulação adequada (Tervo, 2003; Ferreira, 2004).

Ao determinar a etiologia do atraso de uma criança tanto os médicos como a família ganham um novo conhecimento e uma nova noção sobre o que esperar, bem como se torna possível prever o risco de uma condição semelhante se repetir em gestações futuras (Tervo, 2003).

1.1.2) Sinais de Alarme

De acordo com Ferreira (2004) são vários os sinais que podem servir de alarme de que o desenvolvimento não se está a processar de acordo com o esperado.

A nível da motricidade global podemos destacar: não se tentar sentar com a cabeça alinhada com o corpo aos 4 meses e meio, não rebolar aos 5 meses, não se sentar sem apoio aos 9 meses, não ficar de pé com apoio aos 10 meses, não andar sem apoio aos 15 meses, não subir ou descer escadas aos 2 anos, não saltar aos dois anos e meio, não pedalar num triciclo aos 3 anos, não saltar ao pé-coxinho aos 4 anos e meio, e não ser capaz de andar pé-ante-pé numa linha reta aos 5 anos (Ferreira, 2004).

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

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

Quanto à cognição podem ser definidos como sinais de alarme a criança não comunicar as suas necessidades aos 3 meses, não procurar um objeto que cai aos 7 meses, não se interessar por brincadeiras de “cucu” aos 9 meses, não procurar um objeto

escondido aos 12 meses, não apontar aos 15 meses, não se interessar por jogos de causa-efeito aos 18 meses, não categorizar semelhanças aos 2 anos, não saber o nome próprio e o apelido aos 3 anos, não saber escolher entre a maior e a menor de 2 linhas aos 4 anos, não saber contar aos 4 anos e meio, não saber as cores nem qualquer letra aos 5 anos e não saber o seu aniversário ou a morada aos 5 anos e meio (Ferreira, 2004).

Por fim, a nível psicossocial é sinal de alarme se a criança não apresenta sorriso social aos 3 meses, se não ri numa situação apropriada aos 8 meses, se não estranha aos 10 meses, se não consola e não aceita “mimos” com um ano, se agride sem ser provocada, se não apresenta contacto ocular nem interage com os pares e o adulto aos 2 anos e se não brinca com outras crianças e desafia a obediência aos 5 anos.

1.1.3) Incidência

Pelo menos 8% de todas as crianças em idade pré-escolar (desde o nascimento até aos 6 anos) apresentam algum problema de desenvolvimento e apresentam atrasos em um ou mais domínios. Algumas apresentam atrasos em áreas específicas e outras a nível global (Tervo, 2003). Relativamente ao Atraso Global de Desenvolvimento especificamente, a prevalência com que se manifesta é, ainda, desconhecida. No entanto, estima-se que entre 1 a 3% das crianças com idade inferior a 5 anos apresentem Atraso Global do Desenvolvimento (Ferreira, 2004).

1.1.4) Avaliação e Diagnóstico

Como qualquer outra patologia, a primeira fase de intervenção no Atraso Global de Desenvolvimento passa pela sua identificação. Esta identificação pode partir dos pais ou dos educadores que acompanham a criança, mas a responsabilidade de a identificar cabe ao médico que acompanha a saúde da criança (seja médico de família ou pediatra) (Ferreira, 2004).

Mas este diagnóstico nem sempre é fácil de estabelecer. Muitas das alterações do desenvolvimento infantil, como as perturbações da comunicação, da atenção, ou a nível do comportamento social, raramente são diagnosticadas antes dos 3 anos. Já as perturbações específicas da aprendizagem, como é o caso da dislexia ou da discalculia só são diagnosticadas quando a criança atinge a idade escolar. Para além disto, dada a grande variabilidade em termos de aquisições das crianças ditas “normais”, uma alteração subtil ou um desvio significativo pode nem sempre ser notado. Por outro lado, os pais constituem, aqui, outro obstáculo, dada a dificuldade e o receio que por vezes têm em relatar as suas preocupações a nível do desenvolvimento dos seus filhos, bem como o receio que o médico possui de os confrontar com essa mesma realidade. Muitas vezes acabam por cair no erro de acreditar que as alterações observadas desaparecerão à medida que a criança cresce (Ferreira, 2004).

Desta forma, a avaliação do desenvolvimento da criança ao longo do tempo e de forma contínua torna-se bastante mais lógica do que um único procedimento de rastreio a determinada altura do desenvolvimento da mesma. Da mesma forma, uma vigilância contínua de todos os registos de alteração do peso, da altura, do perímetro craniano, entre outras medidas significativas, torna-os muito mais ricos do que se forem medidos apenas em alturas isoladas. Esta mesma vigilância deverá englobar as diferentes áreas do desenvolvimento e deverá sempre haver um esforço para identificar perturbações mais graves e globais numa idade precoce (Ferreira, 2004).

A avaliação do desenvolvimento neurológico e a avaliação biomédica ajudam a

identificar as razões do atraso de uma criança. Recentemente, avanços e melhorias importantes nas avaliações biomédicas (incluindo a citogenética e os testes de diagnóstico molecular) levaram a identificações mais frequentes de causas específicas para o Atraso do Desenvolvimento (Tervo, 2003).

1.1.5) Causas e Etiologia

As causas possíveis para um Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor são variadas. De entre elas podemos destacar: as anomalias cromossômicas, síndrome de X-frágil, síndromes de anomalias múltiplas conhecidas, síndromes neurocutâneas, doenças neurometabólicas, elementos tóxicos e teratogénicos, encefalopatia hipóxico-isquémica, infeções, síndromes epiléticas, malformações cerebrais, síndromes de anomalias múltiplas indeterminadas e etiologia desconhecida. Apesar do desenvolvimento que existe a nível técnico e científico, num grande número de casos o diagnóstico etiológico fica por determinar (Ferreira, 2004).

De modo a determinar as causas do Atraso de Desenvolvimento é, então, importante verificar se se trata de um atraso na aquisição dos marcos normais do desenvolvimento ou, por outro lado, se se trata de uma regressão com perda de competências já adquiridas. No primeiro caso, quando a criança consegue adquirir competências ao longo do tempo, mesmo que de forma bastante lenta, trata-se frequentemente de uma lesão estática pré- ou pós-natal. Já o segundo caso é geralmente indicador de uma perturbação evolutiva (Ferreira, 2004).

Da mesma forma, a anamnese torna-se num elemento importante para determinar a causa do Atraso Global do Desenvolvimento. A existência, por exemplo, de antecedentes familiares pode indicar-nos de que se trata de uma etiologia genética. Já a coexistência de alterações a nível neurológico pode apontar para uma lesão pré- ou perinatal. Manchas na pele podem indicar uma síndrome neurocutânea (como a esclerose tuberosa) e, em algumas crianças, podem encontrar-se pequenas dismorfias ou malformações *minor* a nível da face, dos pavilhões auriculares, na implantação do cabelo, nas mãos, nos pés e nos genitais, características de determinadas síndromes genéticas ou indicadores de uma perturbação de anomalias múltiplas. A associação a uma baixa estatura ou malformações noutros órgãos ou sistemas pode ser, também, indicadora de uma patologia específica onde se encontre envolvido o sistema nervoso central causando, por isso, Atraso Global do Desenvolvimento (Ferreira, 2004).

1.1.6) Implicações Clínicas

Estabelecido o diagnóstico de Atraso Global de Desenvolvimento torna-se imprescindível uma caracterização detalhada da criança e das suas dificuldades. Esta avaliação descritiva é necessária devido à grande heterogeneidade dos quadros clínicos a que normalmente se dá o nome de Atraso do Desenvolvimento (Ferreira, 2004).

De acordo com Ferreira (2004), a descrição da criança deve, tanto quanto possível incluir: 1) as *capacidades cognitivas e do comportamento adaptativo*, úteis para um esclarecimento detalhado das capacidades da criança nos vários domínios do desenvolvimento; 2) *os fatores etiológicos e da patologia orgânica associada*, dado que alguns casos uma etiologia específica fornece elementos relevantes de prognóstico e influencia o modo de apoiar a criança; 3) *os aspetos comportamentais, psicológicos e emocionais e as condições ambientais e do enquadramento sociofamiliar*, dado que todos estes aspetos influenciam o modo como a criança vive e aprende.

A variabilidade de parâmetros cognitivos e de processos neuropsicólogos que podem

encontrar-se perturbados numa determinada criança é de tal forma grande que exige um estudo detalhado de todos os processos envolvidos em funções tão diversas como a atenção, a memória de curto e de longo prazo, e a recuperação a partir desta, todos os processos perceptivos nos seus vários canais de atuação e nos vários níveis de complexidade, as funções envolvidas no processamento recetivo e expressivo de linguagem, todas as programações motoras voluntárias ou automáticas, entre todas as restantes funções do ser humano, de modo a podermos atuar com uma base sólida e bem fundamentada (Ferreira, 2004). Identificar os padrões do Atraso do Desenvolvimento pode, assim, ajudar a diagnosticar desordens no desenvolvimento neurológico, e ajudar a antecipar o resultado global da problemática de uma criança (Tervo, 2003).

1.2) Perturbação do Espectro do Autismo

1.2.1) Definição

O Autismo pode ser caracterizado como um distúrbio neurológico que se mantém por toda a vida do indivíduo (Rogel-Ortiz, 2005) e cujo desenvolvimento se caracteriza por ser acentuadamente atípico a nível da interação social e da comunicação, bem como por um reportório de atividades e de interesses bastante restritos o que, muitas vezes, leva a um grande isolamento da criança (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Camargo & Bosa, 2009).

De acordo com o DSM-IV-TR (1996) o Autismo encontra-se agrupado dentro dos chamados transtornos invasivos do desenvolvimento, que por sua vez, estão incluídos nos distúrbios da infância, ou adolescência que, tal como o nome indica, envolvem diversas áreas do desenvolvimento.

O seu diagnóstico inicial foi formulado por Kanner (Rivera, 2007) e, de acordo com o DSM-IV-TR (1996), este tende a estar presente antes dos 3 anos de idade. Muitas vezes existem relatos dos pais de que as crianças possuem uma evolução aparentemente normal sendo que a certa altura do desenvolvimento deixam de desenvolver capacidades e perdem outras (como a linguagem) já adquiridas (Gómez, Torres & Ares, 2009).

A base neurobiológica do Autismo é, ainda, desconhecida, mas novas descobertas histopatológicas e bioquímicas sugerem um distúrbio difuso do desenvolvimento neural, que se circunscreve principalmente ao córtex bifrontotemporal, algumas estruturas límbicas e ao cerebelo. A nível bioquímico têm sido descritas alterações na serotonina e noutros neurotransmissores (Rogel-Ortiz, 2005).

Já a nível dos processos infecciosos que mais se verificam no Autismo, o vírus da rubéola parece ser o processo mais infeccioso detetado, tendo sido também descritas outras infeções associadas ao desenvolvimento intra-uterino e pós-natal (citomegalovírus, sífilis, herpes *simplex*, etc.), o que levou alguns investigadores a colocar a hipótese de existir uma alteração a nível do sistema imunitário destas crianças, causada provavelmente pelos linfócitos T que, em conjunto com os défices genéticos, reduzem a resistência do feto a ataques de vírus. Estas duas características juntas levaram à formação da hipótese de o Autismo se tratar de uma doença auto-imune. Para além desta explicação têm surgido novas hipóteses que associam esta perturbação aos neurónios-espelho (Rivera, 2007).

Na realidade existem muitas explicações possíveis para a origem do Autismo. Até agora nenhuma se mostrou totalmente explicativa desta perturbação pelo que a explicação mais razoável é a de que o Autismo é causado por várias relações patogénicas diferentes, o que resulta na complexidade da sua abordagem e na ampla gama de diferentes subtipos de Autismo que podem ser encontrados (Rivera, 2007; Gómez, Torres & Ares, 2009).

1.2.2) Etiologia

Segundo o DSM-IV-TR (1996) o Autismo é classificado como uma perturbação global do desenvolvimento caracterizada por alterações em três domínios fundamentais: nas capacidades de comunicação (verbal e não verbal), nas interações sociais e no aspeto repetitivo e estereotipado dos comportamentos, dos interesses e das atividades.

Relativamente às dificuldades na interação social estas podem manifestar-se como isolamento, comportamento social desadequado, fraco contacto visual, dificuldades em participar em atividades em grupo, indiferença afetiva ou demonstrações inapropriadas de afeto e falta de empatia social ou emocional. De forma geral, à medida que estes indivíduos entram na idade adulta existe uma melhoria a nível do isolamento social persistindo, no entanto, as fracas capacidades sociais (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004). Para além disto, antigamente pensava-se que estas crianças eram desprovidas de qualquer apego emocional, hoje em dia sabe-se que as crianças autistas podem demonstrar afeto e manter um bom relacionamento emocional com os pais ou outras pessoas de referência (Rogel-Ortiz, 2005).

Já no que toca às dificuldades na comunicação, estas podem ocorrer em graus variados tanto a nível verbal como não-verbal, sendo que algumas crianças com Autismo não chegam mesmo a desenvolver estas capacidades de comunicação, enquanto que outras possuem uma linguagem imatura, caracterizada por jargão, ecolália, reversões de pronomes, prosódia anormal, monotonia na entoação, etc. (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Rogel-Ortiz, 2005). No Autismo as capacidades de linguagem expressiva podem ser maiores do que as de linguagem recetiva, o que provavelmente se reflete na ecolália e na memorização (Tervo, 2003). Para além disto, crianças com capacidades expressivas adequadas podem ter incapacidade em iniciar ou manter um diálogo apropriado. Os problemas de linguagem e comunicação tendem a persistir na vida adulta, sendo que uma proporção significativa de autistas permanece sem linguagem verbal. Por sua vez, os que adquirem capacidades verbais podem demonstrar problemas persistentes em manter um diálogo, tais como a falta de reciprocidade, dificuldades em compreender subtilidades da linguagem, piadas ou sarcasmos, bem como problemas na interpretação da linguagem corporal e das expressões faciais (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Rogel-Ortiz, 2005).

Relativamente aos padrões repetitivos e estereotipados do comportamento, característicos do Autismo, podemos referir a resistência a mudanças, insistência em determinadas rotinas, apego excessivo a objetos e fascínio com o movimento de peças (tais como rodas ou hélices). Embora seja comum ver várias crianças autistas a “brincar”, a sua principal preocupação passa pelo alinhar ou manipular os diferentes brinquedos e não tanto pela sua finalidade simbólica. Estereotípias motoras e verbais, tais como os balanceamentos, bater palmas repetitivamente, andar em círculos ou repetir determinadas palavras, frases ou canções são também manifestações frequentes (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Rogel-Ortiz, 2005). O medo intenso ou pânico em situações desconhecidas, reais ou ruído também é muito comum (Rogel-Ortiz, 2005). Na idade adulta existe uma melhoria na adaptação a mudanças, persistindo os interesses restritos. Os autistas que possuem capacidades cognitivas adequadas tendem a centrar os seus interesses em tópicos limitados, tais como horários de comboios/aviões, mapas ou factos históricos, sendo que estes dominam as suas vidas (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004).

No entanto, apesar da falta de resposta social e as dificuldades de linguagem serem consideradas características universais do Autismo, as mesmas apenas poderão ser consideradas indicadores claros de Autismo se não corresponderem à idade mental da criança. Já no que toca às estereotípias, ao défice de atenção, atraso no controle dos esfíncteres e comportamento auto-agressivo, estes podem ser considerados como sintomas específicos e não universais do Autismo (Rivera, 2007).

Alguns autistas podem ter capacidades acima da média numa faixa estreita de competências (por exemplo, cálculo, memória e resolução de quebra-cabeças), sendo que às vezes são chamados de "sábios idiotas", um termo de claramente pejorativo e infeliz (Rogel-Ortiz, 2005).

Tal como o nome diz, o Autismo encontra-se dentro de um espectro, o que faz com que esta população possua características bastante heterogêneas. A nível da inteligência pode variar desde um comprometimento profundo até a um Autismo de alto-rendimento. Relativamente aos interesses, a vida dos autistas tanto pode ser dominada por rituais e maneirismos motores enquanto que noutros casos os autistas dedicam a sua energia a assuntos bastante incomuns e altamente circunscritos. Já no que toca à linguagem, esta tanto pode ser inexistente como bastante eloquente (muitos autistas possuem discursos intermináveis) (Klin & Mercadante, 2006). Especificamente a nível da linguagem, a criança autista apresenta uma grave alteração no desenvolvimento da mesma (Tervo, 2003; Delfrate, Santana & Massi, 2009), sendo que os problemas consistem principalmente em dificuldades pragmáticas ou outros problemas de linguagem. Já a nível dos problemas a nível social existe uma perda da resposta emocional e de empatia, hipersensibilidade e preocupações únicas com algum interesse especial (Carvalheira, Vergani & Brunoni, 2004).

Para além disto, devido ao seu carácter neuropsiquiátrico o Autismo causa profundas consequências sociofamiliares (Carvalheira, Vergani & Brunoni, 2004).

1.2.3) Diagnóstico

Em primeiro lugar, importa referir que a nível clínico ainda não se encontram disponíveis testes de diagnóstico específico para o Autismo, sendo que esse mesmo diagnóstico se baseia no histórico evolutivo do paciente bem como em inquéritos feitos à família sobre as capacidades cognitivas e comportamentais do mesmo (Carvalheira, Vergani & Brunoni, 2004; Rogel-Ortiz, 2005). Para além disso, atualmente utilizam-se os critérios descritos no DSM-IV-TR (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004).

Para diagnosticar o Autismo é importante observar se a criança apresenta comportamentos restritos e repetitivos bem como distúrbios de interação social. Embora o Autismo seja um transtorno neurobiológico, não existe uma causa única e bem definida pelo que o seu diagnóstico depende muito do comportamento observado (Tervo, 2003).

Desta forma, o seu diagnóstico requer uma apreciação clínica cuidadosa que inclui: avaliações da linguagem e neuropsicologia, bem como exames complementares (estudos cromossómicos, de neuroimagem ou neurofisiologia, por exemplo) que em casos específicos podem ser necessários para permitir identificar subgrupos mais homogêneos, de acordo com o fenótipo comportamental e a etiologia. Apenas assim se torna possível compreender este distúrbio e estabelecer intervenções e prognósticos mais específicos (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004).

Atualmente, diversos estudos de neuroimagem sugerem um padrão anormal de desenvolvimento cerebral nos autistas, com um crescimento acelerado durante os primeiros anos de vida seguido por uma desaceleração em algumas regiões do cérebro, enquanto que noutras áreas existe uma paragem no crescimento (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004).

Infelizmente, a nível genético, ainda não é possível prever a probabilidade de haver interações gene-gene e gene-ambiente e daí resultar uma Perturbação do Espectro do Autismo. Mas pensa-se que isso será possível nos próximos anos (Klin & Mercadante, 2006).

Para além disto, apesar de nos últimos anos existir, cada vez mais, uma deteção precoce desta perturbação, ainda se está bastante longe de encontrar uma cura ou uma

forma de tratamento que possa alterar eficazmente os sintomas nucleares do Autismo (Klin & Mercadante, 2006). Efetivamente, a ampliação do espectro fenotípico autista poderá ajudar na identificação de genes envolvidos na doença. Deste modo, a grande esperança para o entendimento desta perturbação prende-se com a realização de mais trabalhos de investigação (Carvalheira, Vergani & Brunoni, 2004).

O facto de o Autismo ser caracterizado por um espectro tão vasto torna, também, difícil o seu diagnóstico de forma diferencial (Assumpção Jr. & Pimentel, 2000).

1.2.4) Incidência

O Autismo é uma perturbação relativamente comum ocorrendo aproximadamente uma vez em cada 500 crianças (Tervo, 2003) e, de acordo com o DSM-IV-TR (1996) existe uma predominância no sexo masculino.

1.2.5) Tipos

O espectro de apresentações e de manifestações clínicas no Autismo sugere uma heterogeneidade neurobiológica (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Gómez, Torres & Ares, 2009).

No DSM-IV-TR (1996) estão especificados 5 diagnósticos onde se incluem: a Perturbação Autística, a Perturbação de Asperger (ou Síndrome de Asperger), Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação, onde se inclui o Autismo Atípico:

- *Síndrome de Asperger*, cujos quadros são geralmente reconhecidos antes dos 24 meses, apresentando maior predominância no género masculino, inteligência próxima da média, défices a nível das competências sociais, interesses específicos e circunscritos, com história familiar de problemas similares e baixa associação a quadros convulsivos;
- *Síndrome de Rett*, que ocorre preferencialmente no género feminino, sendo reconhecida entre os 5 e os 30 meses e apresentando um défice marcado a nível do desenvolvimento, com desaceleração do crescimento craniano, atraso mental marcado e uma forte associação a quadros convulsivos;
- *Transtornos desintegrativos*, observados antes dos 24 meses, com predomínio no género masculino, padrões sociais e de comunicação pobres, associados frequentemente a síndromes convulsivas e com prognóstico pobre.
- *Quadros não especificados*, com idade de início variável, predominância no género masculino, comprometimento variável a nível das competências sociais, padrão de comunicação relativamente adequado e fraco comprometimento cognitivo.

É devido a este diagnóstico diferencial que o Autismo se encontra integrado dentro de um espectro e não se define como uma perturbação única em si mesma (Assumpção Jr. & Pimentel, 2000). E devido a encontrar-se dentro de um espectro tão vasto esta pode ser caracterizada como uma das problemáticas mais complexas do desenvolvimento neurológico (Tervo, 2003; Gómez, Torres & Ares, 2009).

1.2.6) Implicações Clínicas

Até o momento, não existe um tratamento específico ou cura para o Autismo, sendo

que os tratamentos existentes se prendem com métodos farmacológicos e psicopedagógicos (Rogel-Ortiz, 2005).

O tratamento realizado pode caracterizar-se por ser bastante complexo, centrando-se numa abordagem medicamentosa destinada à redução dos sintomas-alvo: agitação, agressividade e irritabilidade. Para além disto, por se tratarem de pacientes crónicos esse método terapêutico estende-se ao longo da vida dos mesmos, e exige um acompanhamento e uma monitorização constante por parte dos profissionais envolvidos. Apesar disto, esta farmacoterapia não deve, em momento algum, ser considerada a única opção exclusiva de tratamento, sendo que nos últimos anos, cada vez mais se procura dirigir este tratamento para uma visão mais pedagógica (Assumpção Jr. & Pimentel, 2000).

Num ponto todos os técnicos são unânimes: quanto mais cedo se iniciar o tratamento, melhor o prognóstico para a criança (Rogel-Ortiz, 2005).

1.3) Síndrome de Wolf-Hirschhorn

1.3.1) Definição

A síndrome de Wolf-Hirschhorn pode ser definida como uma síndrome genética causada por uma deleção do braço curto do cromossoma 4, na região WHSCR (Bergemann, Cole & Hirschhorn, 2005), cujo fenótipo depende do tamanho da deleção de vários genes diferentes bem como das variantes alélicas presentes na região homóloga (Belengeanu, Rozsnyai, Lacatusu, Farcas & Gug, 2004).

1.3.2) Etiologia

Normalmente, a síndrome de Wolf-Hirschhorn encontra-se associada a uma expressão fenotípica grave, onde se incluem mal formações múltiplas, atraso no desenvolvimento psicomotor, e dificuldades de aprendizagem profundas (Borsel, Grande, Buggenhout & Fryns, 2004; Aviña & Hernández, 2008). A mesma pode ser definida por uma série de características físicas e mentais das quais se destacam: 1) atraso mental; 2) epilepsia; 3) atraso de crescimento; 4) disgenesia craniofacial e 5) microcefalia, sendo que a gravidade com que cada característica se manifesta é bastante variável. Por vezes, mas em menor frequência, surgem outras dificuldades associadas como problemas a nível da linha média (Bergemann, Cole & Hirschhorn, 2005; Antonius, Draaisma, Levtchenko, Knoers, Renier & Ravenswaaij, 2008).

A nível físico, especificamente, podemos identificar a aparência facial típica semelhante a um “capacete de guerreiro Grego” onde se inclui uma testa alta, glabella proeminente, sobrancelhas muito arqueadas, hipertelorismo, dobras epicantais, ponte nasal larga ou nariz adunco, filtro curto, boca semelhante à dos peixes, com os cantos voltados para baixo e orelhas de implantação baixa. Estas características combinam-se, a outro nível, com microcefalia, hipotonia, baixo peso à nascença, atraso no crescimento, e grau variável de atraso mental (Zollino, Lecce, Fischetto, Murdolo, Faravelli, Selicorni, Buttè, Memo, Capovilla & Neri, 2003; Belengeanu et al., 2004).

Os problemas a nível da linha média ocorrem em cerca de 50% dos casos e, de entre eles destacam-se os problemas cardíacos, lábio leporino, fenda palatina, hipospádia e coloboma. Alterações a nível das componentes apendiculares e axiais do esqueleto também são frequentes em cerca de 50% desta população, sendo que as mais comuns são o pé torto congénito, clinodactilia, escoliose e cifose. São também frequentes ptoses e problemas a nível da dentição e da audição (Bergemann, Cole & Hirschhorn, 2005). Por

vezes surgem também associados problemas a nível renal (Antonius et al., 2008).

Todos os problemas anteriormente descritos podem ter influências negativas a nível do desenvolvimento. Nem todos os pacientes com Síndrome de Wolf-Hirschhorn possuem o mesmo tamanho de supressão do gene do cromossoma 4, pelo que os estudos feitos até agora procuraram mostrar alguma evidência de que o tamanho da deleção influencie de alguma forma o desenvolvimento destas crianças (Antonius et al., 2008).

Relativamente ao desenvolvimento a nível da linguagem, esta é bastante limitada sendo que, geralmente existe uma total ausência de discurso e a compreensão do mesmo é bastante limitada a ordens simples ou de contexto específico. No entanto, pensa-se que o desenvolvimento a este nível está, também, dependente do tamanho da deleção do braço curto do cromossoma 4, correspondendo fenótipos menos graves a menores deleções e vice-versa (Borsel et al., 2004).

Várias crianças com Síndrome de Wolf-Hirschhorn apresentam, também, um atraso de crescimento intra-uterino acentuado (Antonius et al., 2008) mas infelizmente pouco se sabe sobre a ligação desta patologia aos problemas de crescimento (Bergemann, Cole & Hirschhorn, 2005; Antonius et al., 2008).

No que toca às restantes repercussões do tamanho da deleção do gene WHSC1, Zollino et al. (2003) afirmam que existe uma evidência substancial de que a pequenas deleções corresponde, geralmente, um fenótipo mais suave com respeito tanto à ocorrência de malformações maiores e ao grau de atraso mental.

1.3.3) Diagnóstico

Muitas das deleções terminais que ocorrem são pequenas o suficiente para serem esquecidas pela citogenética tradicional o que faz com que o seu estudo na contribuição para o atraso mental tenha sido muito subestimado no passado. Efetivamente, as consequências destas mesmas deleções apenas começaram a ser descritas a partir dos estudos iniciais das síndromes de Wolf-Hirschhorn, do Grito-do-Gato e de Miller-Dieker, em meados dos anos 60 (Bergemann, Cole & Hirschhorn, 2005).

Em cada caso apenas um gene é excluído. No entanto, estudos recentes indicam que esta supressão deste gene, por si só, é insuficiente para o surgimento desta síndrome. Desta forma, tem vindo a surgir um modelo que afirma que a deleção braço curto do cromossoma 4 é essencial para se definir a patogénese mas é a supressão de outros genes ligados que vai definir a gravidade com que as características se expressam, bem como o surgimento de outros problemas adicionais (Bergemann, Cole & Hirschhorn, 2005). Os mesmos autores afirmam que é possível que algumas das patologias associadas à Síndrome de Wolf-Hirschhorn sejam o efeito combinado de uma série de insuficiências a nível de vários genes que se complementam uns aos outros gerando uma mudança biologicamente significativa e alterando a forma de expressão do gene da Síndrome de Wolf-Hirschhorn.

1.3.4) Incidência

No que toca à incidência da Síndrome de Wolf-Hirschhorn, esta é considerada bastante rara, com prevalência no género feminino, sendo que até à data de 1981 apenas cerca de 100 casos se encontravam descritos (Duarte, Borges, Novaes, Carvalho, Colonnelli & D'Oliveira, 2007).

Uma vez que se trata de uma perturbação associada a causas genéticas, o risco de transmissão da mesma é bastante elevado desde que um dos progenitores apresente a

translocação causadora da mesma (Wieczorek, 2003).

1.3.5) Implicações Clínicas

Em conclusão pode dizer-se que esta se trata de uma população relativamente pequena cuja esperança média de vida também é relativamente curta dado a grande multiplicidade de problemas que podem estar associados. Sendo que as causas mais frequentes de morte se prendem com anoxia no nascimento, malformações congénitas (onde se incluem os problemas cardíacos) e infeções do trato respiratório inferior (Bergemann, Cole & Hirschhorn, 2005).

Embora sejam raras este tipo de monossomias, como é o caso da Síndrome de Wolf-Hirschhorn, o seu estudo tem um potencial de impacto a nível clínico dramático dado que poderá fornecer informações sobre os mecanismos que atuam no surgimento de outro tipo de patologias como é o caso da Epilepsia, da Deficiência Mental, dos atrasos de crescimento, entre outros (Bergemann, Cole & Hirschhorn, 2005).

2) Calendarização das atividades e Horário de Estágio

O estágio aqui apresentado teve início no dia 11 de Outubro de 2011 na Cercizimbra e no dia 18 do mesmo mês no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém. Terminou, posteriormente, no dia 31 de Maio de 2012 para os dois locais de Estágio, sendo que durante o mesmo não foi realizada qualquer interrupção.

Todas as sessões realizadas tiveram a duração de cerca de 60 minutos sendo que no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém as mesmas tiveram uma frequência bissemanal, enquanto que na Cercizimbra as sessões ocorreram uma vez por semana.

Importa, também, referir que apesar de o estágio no Abrigo Infantil ter começado no dia 18 de Outubro de 2011, as sessões com as crianças acompanhadas apenas tiveram início no dia 13 de Janeiro de 2012, sendo que durante o tempo decorrido até essa data o estágio foi realizado em observação nas salas da instituição.

Para além disto, todas as sessões, bem como o material necessário para estas, eram previamente planeados de acordo com os objetivos estabelecidos.

2.1) Horário de Estágio

De seguida, é apresentada o horário das atividades de estágio entre as duas instituições.

	Segunda- Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
8h30 – 9h00		Dia livre de alternância entre os dois locais de Estágio para a realização de reuniões, compensação de sessões e observação de	Atividades na Instituição		Atividades na Instituição
9h00 – 9h30			Intervenção com o Y.	Intervenção com o T.	Intervenção com o Y.
9h30 – 10h00					Intervenção
10h00 – 10h30					

10h30 – 11h00	Sessão de Grupo na Quinta do Conde	avaliações e/ou sessões se outros técnicos	com a S.	Intervenção com a C.	com o A.
11h00 – 11h30			Intervenção com o A.		Intervenção com a S.
11h30 – 12h00					
12h00 – 12h30			Atividades na Instituição	Atividades na Instituição	

Quadro 2: Horário de Estágio

3) Contextos de Intervenção

Durante o Estágio, as sessões de Intervenção Precoce foram realizadas, principalmente, em dois contextos diferentes: em contexto de sala de aula e em contexto de carácter clínico, numa sala disponibilizada pelo Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém.

Deste modo, das 5 crianças acompanhadas todas beneficiaram de sessões em contexto de sala de aula, sendo que para duas destas crianças as sessões foram, maioritariamente, realizadas em contexto clínico.

Importa referir, também, que as duas crianças acompanhadas individualmente na Cercizimbra puderam usufruir de algumas sessões em contexto de recreio, sendo que no que toca ao grupo de famílias na Quinta do Conde as sessões decorreram no espaço de ginásio disponibilizado no Clube do Alentejo.

Segue-se, então, uma breve apresentação de todos os contextos de intervenção.

3.1) Contexto de Sala de Aula

Durante o decorrer do Estágio, procurou-se que, sempre que possível, as sessões fossem realizadas no contexto natural em que as crianças se encontrassem inseridas, como tal, as suas salas de aula.

Em termos gerais, todas as salas apresentavam uma decoração e uma disposição do material bastante cativante e do interesse das crianças, decoradas com desenhos diversos e trabalhos realizados pelas próprias crianças.

No que toca ao material disponibilizado em cada sala, este variava de acordo com as idades das crianças incluídas na mesma. Desta forma foi possível utilizar desde jogos simples de encaixes e vários tipos de bolas de estimulação sensorial, passando por puzzles, lápis de cor e canetas de filtro, livros de histórias e de figuras, plasticina, massa de cor, folhas de papel, até aos jogos mais complexos e didáticos para trabalhar competências académicas.

Por fim, relativamente à luminosidade e ao ambiente das salas de aula, todas possuíam bastante luminosidade bem como um aquecedor e uma ventoinha para ser utilizado no inverno e no verão, respetivamente, de modo a manter uma temperatura amena. Quanto aos espaços propriamente ditos, todas as salas eram constituídas por vários espaços distintos, sendo que o espaço da mesa de trabalho e o espaço do tapete/colchão foi um espaço encontrado comumente em todas as salas.

3.2) Contexto Clínico: Sala Disponibilizada no Abrigo Infantil

Como já foi dito anteriormente, no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém, foram, também, disponibilizadas duas salas individuais para a realização das sessões, dado que se verificou que algumas das crianças beneficiariam mais de sessões individuais, sem as distrações naturais provocadas pelo contexto de sala de aula.

Estes espaços não eram muito amplos e localizavam-se no sótão da instituição, sendo constituídos comumente por uma mesa e duas cadeiras. Num dos espaços podia-se encontrar, ainda, um colchão colocado no chão e uma cama, enquanto que no outro se encontravam disponíveis uma série de jogos didáticos e de estimulação cognitiva, uma estante com diferentes livros e um pequeno espelho. Sempre que se verificava a necessidade de utilização de algum material que não se encontrava disponível nestes espaços, o mesmo era selecionado, previamente, antes do início das sessões e colocado no espaço das salas.

No que toca ao ambiente das duas salas ambas possuíam uma boa luminosidade sendo que possuíam, também, luz artificial para o caso de se verificar necessário. No inverno foram disponibilizados pequenos aquecedores para garantir uma temperatura agradável à realização das sessões.

Das duas salas disponibilizadas foi utilizada preferencialmente a sala onde se encontravam os jogos e a estante com livros, sendo a outra sala utilizada apenas nos momentos em que a primeira se encontrava ocupada.

Abaixo seguem-se algumas fotografias das duas salas.



Figura 3: Sala disponibilizada no Abrigo Infantil – Mesa de Trabalho



Figura 4: Sala disponibilizada no Abrigo Infantil – Mesa com Jogos



Figura 5: Sala disponibilizada no Abrigo Infantil – Mesa de Trabalho e Quadro do tempo

3.3) Refeitório

O refeitório do Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém foi utilizado principalmente nas sessões com a S., dado que um dos dias de intervenção (sexta-feira) foi estabelecido como o dia para trabalhar as questões de autonomia da criança.

Tal como o nome indica, este era um espaço onde se podiam encontrar algumas mesas e uma série de cadeiras de diferentes cores, onde as crianças se sentavam nos lugares marcadas e realizavam as suas refeições. Para além disto, nas suas paredes podiam-se encontrar desenhos realizados pelas crianças bem como alguns cartazes sobre a alimentação.

Para além disto, este espaço podia, também, ser caracterizado por não ser muito amplo, possuindo pouco espaço para as deslocações dos técnicos e dos funcionários, e a sua iluminação era artificial.

3.4) Recreio

O espaço do recreio foi utilizado muito poucas vezes e apenas no Jardim-de-infância de Sesimbra. No entanto acabou por ser um espaço importante para a realização de atividades de percursos com o T.

Este espaço caracterizava-se por ser um espaço bastante amplo e com muita luminosidade dado ser um espaço ao ar livre. Este foi também o motivo para não ter sido utilizado tantas vezes como as que seriam desejadas dado estar dependente das condições atmosféricas.

Neste espaço podíamos encontrar um cesto de basquete bem como uma pequena casa de madeira onde se encontrava guardado todo o material utilizado para a realização dos percursos: arcos, bastões, bolas, pinos, etc.

Por fim o pavimento do recreio era um pavimento de pedra o que dificultou um pouco a escolha de atividades a realizar no mesmo.

3.5) Ginásio

Como foi dito inicialmente, as instalações do ginásio utilizado nas sessões de grupo localizava-se no clube Voz do Alentejo.

Este caracterizava-se por ser um espaço bastante amplo e com várias janelas que proporcionavam um ambiente bastante luminoso. Infelizmente quanto à temperatura do mesmo, dado não haver qualquer método de controlo da mesma, no Inverno este espaço tornou-se bastante frio e um pouco desconfortável principalmente no início das sessões enquanto não se procedia à ativação geral. Quanto à limpeza do espaço, por vezes este encontrava-se um pouco sujo com moscas e outros insetos mortos espalhados no chão e nos colchões onde as sessões se realizavam.

Relativamente aos materiais disponíveis, estes eram um pouco escaços, existindo apenas os colchões onde eram realizadas as sessões para as mesmas não serem realizadas diretamente no chão. Todo o restante material necessário para as sessões era previamente selecionado e disponibilizado pelo STIP.

4) Instrumentos de Avaliação

Durante todo o processo de estágio, a questão da avaliação das crianças acompanhadas foi um pouco complicada dado que não foi possível realizar uma avaliação formal a nenhuma das crianças.

No que toca às crianças acompanhadas na Cercizimbra, estas já tinham sido anteriormente avaliadas formalmente com a Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths, pelo que uma nova avaliação formal não se mostrava adequada dado o curto espaço de tempo decorrido desde essa última avaliação realizada.

Já no que toca às crianças acompanhadas no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém, não foi dada autorização para a realização de uma avaliação formal das crianças, pelo que a avaliação realizada se caracterizou por uma avaliação informal com base em diferentes instrumentos de avaliação dos quais podemos destacar: “The Schedule of Growing Skills II” (SGS-II), “Developmental Observation Checklist System” (DOCS), “Psychoeducational Profile: Third Edition” (PEP-3) e o livro “Steps to Independence” de Bruce Baker e Alan Brightman. A uma das crianças acompanhadas foi, também, possível aplicar a “Escala de Observação dos Comportamentos Sociais para Crianças de Idade Pré-escolar em Ambientes de Integração”. Nesta instituição foi, ainda, facultado o acesso

ao instrumento de avaliação utilizado pelas educadoras da instituição: o “Plano de Desenvolvimento Individual” (PDI), pelo que a avaliação das crianças desta instituição teve por base também este documento.

Em nenhuma das instituições foi possível realizar uma avaliação formal ou informal das famílias.

Apesar de não terem sido utilizados na íntegra, segue-se uma breve apresentação de cada um dos instrumentos referidos.

4.1) Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths

A Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths é uma escala concebida para crianças dos 0 aos 8 anos de idade e tem como objetivo avaliar o desenvolvimento mental e o grau de eficiência da criança em diferentes contextos e a nível pessoal (motor, mental, emocional) e social, focando-se nos vários domínios do desenvolvimento: Motricidade Global e Fina, Cognição, Comunicação e Linguagem, Competências Sociais e Autonomia. Desta forma, através da aplicação desta escala torna-se possível determinar as áreas de desenvolvimento fortes, intermédias e fracas da criança (desenvolvimento diferencial), fornecendo informação sobre o desenvolvimento atual da mesma, bem como o quociente geral do desenvolvimento, dado que é uma escala cronológica, que assenta na filosofia de que o desenvolvimento se processa por estádios evolutivos (Griffiths, 1984).

Este instrumento de avaliação é constituído por duas versões, compostas por um conjunto de cinco subescalas para as crianças dos 0 aos 2 anos e de seis subescalas para as crianças dos 3 aos 8 anos:

- *Subescala A:* Locomoção (avalia a motricidade global relativamente às posturas, ao equilíbrio, à coordenação, à marcha, ao saltar e à manipulação de objetos de grandes dimensões);
- *Subescala B:* Pessoal e Social (avalia fatores emocionais e de autonomia, competências da vida diária, adaptação e interação social);
- *Subescala C:* Audição e Fala (avalia a linguagem compreensiva e expressiva, verbal e não-verbal);
- *Subescala D:* Coordenação Óculo-manual (avalia a motricidade fina no que toca às capacidades manipulativas e de preensão);
- *Subescala E:* Realização (avalia a cognição, através de atividades que envolvem a permanência do objeto, a imitação, a memória, a resolução de problemas e outras competências); e
- *Subescala F:* Raciocínio Prático (aplicada apenas na versão dos 3 aos 8 anos, tal como a Subescala E avalia a cognição mas, neste caso, através da realização de atividades com uma maior complexidade e um maior grau de dificuldade, tais como contagens, comparações, etc.) (Griffiths, 1984).

4.2) The Schedule of Growing Skills II (SGS-II)

A Schedule of Growing Skills II é uma escala desenvolvida por Aukett, Bellman e Lingam em 1996, podendo ser caracterizada por ter uma função de rastreio, não permitindo a determinação de um diagnóstico, mas fornecendo indicações relativas a eventuais perturbações a nível do desenvolvimento em crianças dos 0 aos 5 anos de idade. Para além disto, fornece algumas indicações sobre a forma como a criança se está a desenvolver e se necessita de ser referenciada para uma avaliação mais detalhada ou mesmo para uma intervenção pedagógico-terapêutica (Bellman, Lingam & Aukett, 1996).

Esta é uma escala composta por 179 itens construídos com base nas sequências de desenvolvimento descritas por Mary Sheridan e agrupados em nove domínios de desenvolvimento: Capacidades Posturais Passivas, Capacidades Posturais Ativas, Capacidades Locomotoras, Capacidades Manipulativas, Capacidades Visuais, Capacidades de Audição e Fala, Capacidades de Fala e Linguagem, Capacidades de Interação Social e Capacidades Sociais e de Autonomia. Alguns dos itens encontram-se, ainda, assinalados com o símbolo “©”, o que permite a inferência a nível das Capacidades Cognitivas, através da soma dos mesmos (Bellman, Lingam & Aukett, 1996).

Desta forma, através desta escala torna-se possível traçar um perfil de desenvolvimento da criança (Bellman, Lingam & Aukett, 1996).

4.3) Developmental Observation Checklist System (DOCS)

O Developmental Observation Checklist System é um instrumento dividido em três partes que permite avaliar o desenvolvimento, a capacidade de adaptação ao meio e o nível de stresse e suporte no ambiente de crianças desde o nascimento até aos 6 anos de idade (Hresko, Miguel, Sherbenou & Burton, 1994).

A primeira parte deste instrumento é uma Escala de Desenvolvimento, em formato de questionário realizado aos pais (ou aos prestadores de cuidado mais próximos da criança), de resposta sim/não, de forma a determinar o nível geral de desenvolvimento da criança nas áreas da cognição, linguagem, comportamento social e domínios motores. A segunda parte, por sua vez, é composta por uma Escala de Adaptação do Comportamento que permite a triagem de qualquer comportamento problemático no que toca à capacidade da criança se adaptar ao meio ambiente. Por fim, a terceira parte deste instrumento, contem a Escala de Stress e Suporte Parental que tem como função identificar o stresse familiar em relação à criança, bem como o apoio disponível na mediação dos agentes stressores. A segunda e terceira partes deste instrumento são cotadas numa escala de Likert de 1 a 4 pontos (Hresko et al., 1994).

4.4) Psychoeducational Profile: Third Edition (PEP-3)

O PEP pode ser caracterizado como um instrumento concebido para identificar padrões de aprendizagem irregulares e idiossincráticos, que se destina a crianças com autismo ou outros problemas a nível da comunicação e da interação social, desde o primeiro ano de vida até aos 12 anos, que permite avaliar as dimensões da motricidade global, motricidade fina, coordenação óculo-manual, perceção, imitação, cognição, comunicação verbal, através de uma Escala de Desenvolvimento, bem como as áreas relacionadas com o relacionamento, a afetividade, o brincar, o interesse pelos objetos materiais, respostas sensoriais e comunicação não-verbal, através de uma Escala de Comportamento. Para cada uma destas áreas foi desenvolvida uma escala específica composta por tarefas a serem realizadas ou comportamentos a serem observados (Schopler, Reichler, Bashford, Lansing & Marcus, 1990).

A terceira edição deste teste permite avaliar as capacidades e os comportamentos de crianças com Perturbação no Espectro do Autismo, ou outros problemas de comunicação, com idade de desenvolvimento compreendida entre os 6 meses e os 7 anos (Schopler, Lansing, Reichler & Marcus, 2004).

O perfil resultante do PEP-3 permite determinar as competências emergentes e as características comportamentais das crianças avaliadas. Através deste instrumento torna-se possível, também, determinar desequilíbrios no desenvolvimento psico-motor dos

avaliados (Schopler et al., 2004).

O instrumento é, então, composto por três grandes áreas de desenvolvimento: Comunicação, Motricidade e Comportamento, e apresenta 10 sub-testes de desempenho: Cognição Verbal/Pré-verbal, Linguagem Expressiva, Linguagem Recetiva, Motricidade Fina, Motricidade Global, Imitação Visuo-Motora, Expressão da Afetividade, Reciprocidade Social, Características Motoras e Características Verbais (Schopler et al., 2004).

Nesta nova versão, o PEP-3 inclui, também, um relatório do prestador de cuidados, composto por três sub-testes: Problemas de Comportamento, Autocuidados e Comportamento Adaptativo, que visam determinar o nível de desenvolvimento da criança em comparação a outras crianças ditas “normais” (Schopler et al., 2004).

4.5) “Steps to Independence” de Bruce Baker e Alan Brightman

O livro “Steps to Independence” de Bruce Baker e Alan Brightman, é um livro que fornece estratégias no que toca ao ensino de capacidades de autonomia e de vida diária a crianças desde os 3 anos de idade até à idade adulta de modo a que esta consiga viver o mais independentemente possível (Baker & Brightman, 1997).

Originalmente publicado numa série de 9 manuais, este é um livro bastante acessível que contém atividades “tipo” da vida diária, exemplos de casos, inventários de capacidades e algumas ilustrações dos mesmos, de modo a facilitar o ensino e a aprendizagem destas mesmas capacidades. Contém, ainda, dicas sobre o treino das idas à casa de banho, uma secção de auto-ajuda, e alguma informação sobre a gestão dos problemas de comportamento (Baker & Brightman, 1997).

Acima de tudo, este é um livro que visa o aumento da auto-estima e o favorecimento do desenvolvimento das crianças (Baker & Brightman, 1997).

4.6) Escala de Observação dos Comportamentos Sociais para Crianças de Idade Pré-escolar em Ambientes de Integração

Devido ao seu interesse pela área das capacidades sociais, Johnson e Mandell (1988) desenvolveram uma ferramenta de observação da criança em contexto de inclusão, que pode ser utilizada para identificar incongruências a nível das expectativas no que toca às capacidades da criança em comparação com as capacidades gerais da sala de aula, a este nível.

Esta é uma escala bastante simples, composta por 15 itens relativos a comportamentos sociais importantes para uma integração a nível do pré-escolar bem-sucedida (tais como iniciar interações de forma adequada, obedecer a regras da turma, respeitar os sentimentos dos outros, etc.), cotados com + ou –, tanto no que toca às capacidades da criança como às capacidades gerais da sala de aula. Desta forma, este instrumento pode ser utilizado como forma de identificar se esta área poderá, ou não, suscitar alguma preocupação relativamente à criança ou, por outro lado, identificar os pontos fortes de uma criança de modo a adaptar as estratégias de ensino (Johnson & Mandell, 1988).

4.7) Plano de Desenvolvimento Individual (PDI)

O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) é um documento elaborado pelo educador de infância, tendo por base as expectativas da família e as competências,

potencialidades e necessidades da criança, descritas na ficha de avaliação de diagnóstico de desenvolvimento, preenchida com a família, da qual constam as seguintes áreas de desenvolvimento:

- Competências a nível Pessoal e Social (autoconhecimento, autoconceito, interação adulto/criança, interação com os pares, autorregulação, compreensão da linguagem, expressão a linguagem e aceitação da diferença);
- Competências a nível Cognitivo (interesse pela aprendizagem; competências cognitivas; conceitos de número, medida, ordem e tempo; interesse por livros e outros materiais escritos; conceitos de matemática; e competências de leitura e de escrita);
- Competências a nível físico e motor (motricidade global, motricidade fina, hábitos saudáveis e comportamentos de segurança) (Instituto da Segurança Social, 2005).

O PDI tem como principal objetivo a manutenção das competências adquiridas pela criança e a aquisição de novas competências adequadas à sua faixa etária. Desta forma, sempre que se verifique necessário, deverá ser reavaliado com a família (Instituto da Segurança Social, 2005).

No seu conjunto, o PDI é composto pelos dados de identificação da criança, pela identificação do profissional de referência da criança e da família, pelos objetivos gerais e específicos de intervenção e respetivos indicadores, pela identificação das atividades, estratégias e recursos a adotar, pela identificação do âmbito de participação e responsabilidades dos elementos interventores na sua implementação (criança, família, colaboradores, instituições parceiras, etc.), pelos prazos para a implementação das ações previstas, pela identificação de riscos e as ações a implementar e pela sua periodicidade da avaliação/revisão (Instituto da Segurança Social, 2005).

5) Processo de Intervenção – Os Casos

Como já foi dito anteriormente, durante a realização do Estágio foram acompanhadas cinco crianças individualmente. Destas cinco crianças será, agora, apresentado o processo de intervenção relativo a três, sendo que uma se encontrava inserida num programa de Intervenção Precoce no STIP (a C.) e as outras duas se encontravam integradas no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém (a S. e o A.)¹.

5.1) C.

5.1.1) Caracterização da Criança

A C. é uma menina de nacionalidade Portuguesa, nascida a 2 de Fevereiro de 2010, acompanhada no STIP desde os 5 meses devido a um diagnóstico de Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida a nível Motor e da Linguagem e Comunicação.

Inicialmente sinalizada pelo Hospital Garcia da Horta, a C. apresenta uma hipotonia generalizada e atraso nas etapas básicas do desenvolvimento psicomotor.

A C. é fruto de uma gravidez planeada, sendo que a mãe demorou dois anos até conseguir engravidar. Durante a gravidez tudo correu conforme o esperado sendo esta bastante bem vigiada. Alguns dias após o parto foi detetado o primeiro sinal de que algo

¹ Em anexo pode encontrar-se exemplos de planeamentos e de relatórios realizados para cada uma das três crianças (Anexo VIII e IX respetivamente) bem como exemplos de alguns Materiais utilizados nas sessões (Anexo XVI).

não estaria conforme o esperado dado que a C. não queria mamar, não sabendo mesmo engolir. Após várias tentativas a única solução foi optar pelo biberon.

Atualmente, o desenvolvimento da C. tem-se apresentado bastante positivo e, apesar de um pouco mais lento, o seu progresso quase que toca os prazos esperados para a idade da criança.

Dado o Atraso de Desenvolvimento da C. não possuir etiologia conhecida, a grande preocupação da família da criança é o facto de não possuírem respostas às suas questões sobre a causa do mesmo, sendo que a grande necessidade demonstrada é a de mais informação sobre o processo de desenvolvimento da criança bem como o seu futuro. O seu grande desejo é que a C. adquira a marcha e comece a comer sozinha. Apesar disto esta pode caracterizar-se por ser uma família bastante unida e que luta por um objetivo comum: o bem-estar da C.

Por fim, relativamente ao apoio prestado pelo STIP, para além da intervenção individual a C. participa, também, no “Grupo da Brincadeira” (grupo de psicomotricidade constituído por crianças até aos 2 anos de idade) desde Setembro de 2011 e no “Grupo dos Faladores” (de terapia da fala) desde Novembro do mesmo ano.

5.1.2) Resultados da Avaliação Inicial

Tal como já foi dito, nenhuma das crianças acompanhadas foi avaliada formalmente durante o tempo de estágio. No entanto, a avaliação que se segue teve por base uma observação cuidada da C., no seu contexto natural de sala, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2011, bem como a avaliação realizada no mês de Dezembro (em que a C. possuía 1 ano e 10 meses) com a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, focando-se nos vários domínios do seu desenvolvimento²:

Motricidade Global: A Motricidade Global pode ser considerada uma das áreas em que a C. apresenta mais dificuldades, não devido a não possuir as competências adequadas para a sua idade mas sim, devido a uma grande insegurança que a leva a recusar-se a realizar algumas das etapas básicas do desenvolvimento adequadas à sua idade, como é o caso da marcha independente.

Esta insegurança deve-se ao facto de a C. não possuir os reflexos básicos de autoproteção que faz com que as perdas de equilíbrio resultem, na maioria das vezes, em quedas que, por sua vez, resultam em que a criança se magoe bastantes vezes.

No entanto a C. já deu mostras de ter adquirido a capacidade da marcha independente, bem como de outras competências próprias da sua idade, como é o caso do manter-se sentada à mesa ou no chão, sem apoio. Para além disto, também já demonstrou conseguir baixar-se para apanhar objetos do chão, desde que se sinta apoiada pelo adulto.

É, ainda, de referir que a C. apresenta bastante interesse por atividades que envolvam música, e gosta de dançar apoiada no adulto, ou mesmo nos seus pares.

Motricidade Fina: A área da Motricidade Fina é uma das áreas em que as dificuldades que a C. apresenta não são muito significativas para a sua idade, podendo dizer-se que a forma como explora e brinca com os diferentes materiais é, em geral, a mais adequada.

Apesar de não demonstrar grande interesse em atividades que envolvam a pintura com lápis ou pincel (em que realiza apenas alguns rabiscos livres) a C. apresenta uma

² Em anexo é possível encontrar o PIIP da C. construído com base na avaliação realizada no mês de Dezembro com a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Anexo I).

pinça fina, com oposição do polegar, bem definida, sendo a sua mão preferencial a direita mantendo-se a mão esquerda como apoio.

Apesar disto, apresenta algumas dificuldades no que toca a tudo o que se trata de movimentos mais minuciosos e de precisão, como é o caso dos encaixes de formas simples e do desenroscar e enroscar uma tampa.

Cognição: A nível da Cognição a C. procura restringir os seus interesses a todas as áreas em que se sente mais à vontade, como é o caso das atividades de música e das histórias.

Apresenta boa memória e um especial interesse por brinquedos que produzam sons e de construção. Ainda relativamente ao interesse pelos brinquedos este é praticamente inexistente relativamente a todos os brinquedos que exijam da C. a utilização de alguma habilidade com que a criança não se sinta segura, como é o caso dos andarilhos.

A nível da permanência na tarefa, desde que se sinta confortável, a C. é capaz de se manter na mesma durante bastante tempo, como é o caso de se manter sentada e atenta quando se encontra a escutar uma história.

Em geral, sempre que lhe são sugeridas atividades com que não se encontra familiarizada ou à vontade, recusa.

Linguagem e Comunicação: A área da Linguagem e da Comunicação, especificamente no que toca à Linguagem expressiva, é a outra área em que a C. apresenta mais dificuldades, sendo que esta se caracteriza por um vocabulário bastante reduzido. Apesar disto não se pode dizer que não exista intenção comunicativa. Sempre que se encontra numa situação de que gosta a C. consegue comunicar a sua intenção de permanecer na tarefa. Por outro lado, quando se trata de uma situação de que não gosta a criança transmite esse mesmo desagrado, principalmente através do choro.

Apesar de o seu discurso se caracterizar, maioritariamente, por gestos, sempre que deseja algo que não consegue alcançar pelos seus próprios meios, a C. dirige-se ao adulto e procura transmitir-lhe esse desejo.

Relativamente ao verbalizar, propriamente dito, as suas necessidades, a C. revela grandes dificuldades não sinalizando, por exemplo, quando a fralda se encontra suja.

No que toca à linguagem recetiva, por vezes já responde adequadamente a ordens verbais desde que contenham apenas uma etapa.

Competências Sociais: A nível das interações sociais a C. pode ser caracterizada como uma criança doce, que gosta de mimos (principalmente de abraços e beijinhos), utilizando, mesmo, esta característica como forma de levar o adulto a fazer o que deseja ou, pelo contrário, tentando que o adulto não insista para ela fazer algo que não quer. Quando verifica que este método não surte o efeito desejado a criança começa a chorar até que o adulto desista do que lhe está a pedir. Esta característica deve-se bastante à sua insegurança em realizar algumas atividades.

No que toca à relação com os pares a C. começa, agora, a inserir-se em brincadeiras de pequeno grupo (como é o caso das rodas). No entanto, e também devido à idade, raramente procura ou é procurada pelos pares para essas mesmas brincadeiras. Já em contexto de brincadeira, responde adequadamente a alguns gestos e repete ações, após observação, como é o caso do dizer adeus e do mandar beijinhos.

Para além disto, pode dizer-se que a C. gosta bastante sempre que recebe elogios e reforços positivos ao seu comportamento.

Autonomia: A nível da autonomia a C. pode ser caracterizada como uma criança bastante dependente do adulto, principalmente devido ao seu medo de se deslocar sozinha. Apesar de já ter adquirido esta capacidade a menina recusa-se a fazê-lo se não

sentir, pelo menos, o toque do adulto, que a faz sentir-se mais segura.

Ainda não controla os esfíncteres nem sinaliza quando a fralda esta suja mas, no que toca ao vestir-se e despir-se, a C. colabora com o adulto e já descalça as meias e os sapatos sozinha.

Para além disto, apresenta, também algumas dificuldades a nível da alimentação uma vez que, apesar de já ter adquirido a capacidade de se alimentar sozinha com uma colher, recusa-se a fazê-lo principalmente quando não gosta de algum alimento.

5.1.3) Planeamento da Intervenção – Objetivos

Em qualquer processo de intervenção, após a realização da avaliação segue-se o estabelecimento de objetivos. Desta forma, os objetivos que se seguem, definidos por domínios de desenvolvimento, têm por base toda a avaliação anteriormente descrita:

<u>Domínio de Desenvolvimento</u>	<u>Objetivos Comportamentais</u>
Motricidade Global	<p><i>Marcha:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de se manter direita, com apoio nas costas; • Ser capaz de subir, pelo menos, um degrau sem apoio do adulto; • Ser capaz de se colocar de pé, sem apoio; • Ser capaz de andar sozinha, sem ajuda, pelo menos 10 passos; • Ser capaz de se baixar, sem apoio, para apanhar um objeto do chão. <p><i>Capacidades Manipulativas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de dar um pontapé numa bola.
Motricidade Fina Coordenação Óculo- Manual	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de segurar três cubos ao mesmo tempo; • Ser capaz de abrir uma porta encostada; • Ser capaz de imitar um rabisco circular; • Promover o desenho de linhas horizontais e verticais através de imitação; • Ser capaz de realizar encaixes de formas simples; • Ser capaz de desenroscar uma tampa; • Desenvolver a capacidade de utilizar as duas mãos cooperativamente.
Cognição	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de apontar para algo, a pedido; • Ser capaz de procurar um objeto escondido; • Ser capaz de apontar 4 partes do corpo no outro ou numa boneca; • Desenvolver a capacidade de rodar peças ao realizar encaixes.

Linguagem e Comunicação	<p><i>Linguagem Compreensiva:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de identificar, a pedido, pelo menos, quatro objetos (apontando ou entregando os objetos). <p><i>Linguagem expressiva:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a quantidade de palavras ditas (5 palavras); • Ser capaz de nomear, pelo menos, dois objetos.
Competências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar interação em situação de jogo em pequeno grupo.
Autonomia	<p><i>Higiene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de sinalizar quando a fralda se encontra suja. <p><i>Alimentação:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de se alimentar com a colher, sem entornar; • Ser capaz de pegar num copo meio cheio com água, sem entornar.

Quadro 3: Objetivos de Intervenção estabelecidos para a C.

Destes objetivos definidos, alguns mostravam-se de maior relevância tanto para o desenvolvimento da criança como de acordo com as necessidades referidas pela própria família. Como tal, durante as sessões de Intervenção Precoce a frequência com que cada um foi trabalhado não foi equitativa, apresentando a seguinte distribuição:

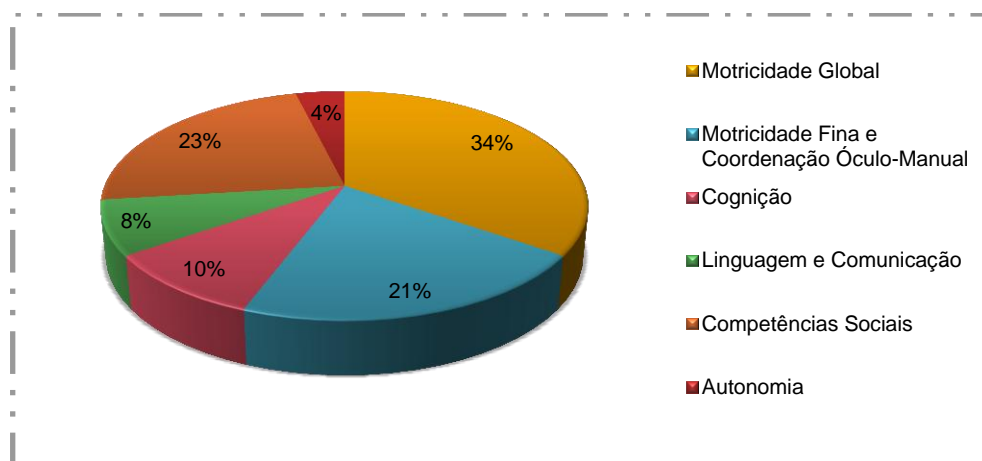


Gráfico 1: Frequência com que cada Área de Desenvolvimento foi trabalhada nas sessões com a C.

5.1.4) Tipologia das Sessões

Devido à idade da criança e à organização das tarefas da sala de aula em que esta se inseria, as sessões com a C. assumiram um carácter um pouco mais livre do que as restantes. Como tal, apesar de conterem uma estrutura subentendida pré-estabelecida, sempre que se verificava a necessidade de a C. realizar alguma atividade da sala de aula, esta atividade era realizada durante a sessão de modo a fornecer o apoio adequado à criança.

Apesar disto, sempre que possível, procurou-se que a sessão seguisse uma estrutura lógica de “Principio”, “Meio” e “Fim”. Desta forma a existia um “Ritual de Entrada” em que se procedia ao contacto inicial e se cumprimentava a criança, se realizava a chamada e

se contava uma história no tapete (inserida na organização da sala de aula), de seguida procedia-se ao “Desenvolvimento da Sessão” onde se procurava trabalhar os objetivos pré-estabelecidos e, por fim, existia o “Momento da Despedida” em que se ajudava a C. a ir à casa de banho para lavar as mãos e se sentava a criança à mesa para almoçar, procedendo-se neste momento à despedida, propriamente dita.

Como já foi dito, estas sessões nem sempre seguiram esta estrutura rigidamente, para além disto, o local de realização da sessão também variava conforme a disposição da criança e conforme as atividades planeadas para a sala nesses dias. Desta forma, quando existia alguma atividade planeada para a sala de aula a sessão era realizada nesse mesmo local e em inclusão no grupo. Por outro lado, quando não existia nenhuma atividade específica planeada, a sessão era realizada numa sala pertencente ao recreio do Externato Santa Joana, sendo que em algumas das vezes esta era realizada individualmente com a C. e nas restantes, mais uma vez, em contexto de grupo. Por fim, sempre que as condições meteorológicas o permitiam, as sessões eram realizadas no recreio, mais uma vez em contexto de grupo.

5.1.5) Estratégias de Intervenção Utilizadas

Logo desde o início da intervenção, a C. mostrou ser uma criança bastante carinhosa que gostava muito de abraços e de ficar no colo do adulto. No entanto, com o decorrer das sessões, foi possível perceber que a criança utilizava estes comportamentos como forma de “fugir” ao que o adulto lhe pedia. Há medida que as sessões foram avançando e se foi aumentando a insistência com a criança para fazer algumas atividades (principalmente no que se referia a atividades para estimular a marcha autónoma), a resistência da mesma foi, igualmente, aumentando, sendo que a criança ou se virava completamente de costas para o que estava a fazer, ou começava a chorar, parando só quando era pegada ao colo e se afastava do local onde se encontrava a realizar a atividade.

Desta forma, de modo a ultrapassar este comportamento da C., a estagiária optou por retroceder um pouco no tipo de atividades realizadas, e começou por realizar atividades simples de balanceamento, onde se procurou incluir todos os colegas da C., de modo a que a criança não sentisse que a atenção estava focada em si.

Outra das estratégias utilizadas foi a utilização de bolas de sabão durante as sessões. Ao verificar que a C. gostava bastante de bolas de sabão, tanto as tentava alcançar como gostava de, ela própria, tentar fazer bolas de sabão, a estagiária optou por utilizar este material em todas as sessões, como forma de reforço e com o principal objetivo de estimular a marcha autónoma dado que a criança era sempre incentivada a ir atrás das bolas de sabão. Esta estratégia mostrou-se principalmente eficaz sempre que a sessão se encontrava em contexto individual dado que, ao não ter os seus colegas à sua volta, a C. se sentia mais segura para abandonar o apoio onde se encontrava (que na maioria das vezes era um sofá da sala contigua ao recreio) e ir atrás das bolas de sabão.

De modo a que a criança tivesse interesse nas restantes atividades que lhe eram propostas, procurou-se que estas incluíssem sempre algo que a criança fosse capaz e gostasse de fazer de modo a que a C. não se recusasse à partida a realizar as atividades. Para além disso, era sempre utilizado o reforço verbal positivo, mesmo que a criança não fosse bem-sucedida, o que a deixava bastante mais satisfeita e contente.

Dada a idade da criança procurou-se que a linguagem utilizada fosse sempre o mais simples possível.

O apoio prestado à criança durante as sessões foi sendo retirado progressivamente. Isto verificou-se, principalmente no que tocou à marcha autónoma em que, inicialmente, a criança necessitava de apoio total para se deslocar, passando a apoio bilateral (em que a

criança segurava em dois dedos da estagiária), de seguida passou para apoio unilateral (em que a criança segurava em apenas um dedo da estagiária), seguiu-se um apoio a nível do bibe (que também foi diminuindo durante as sessões) e, por fim, a criança deixou de precisar de qualquer tipo de apoio deslocando-se sozinha no espaço.

5.1.6) Resultados do Processo de Intervenção

Tal como aconteceu para a avaliação inicial, a avaliação final de todas as crianças acompanhadas também se caracterizou por uma avaliação informal. No entanto, no que toca à C., esta avaliação, apesar de informal, teve por base a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, uma vez que a criança tinha sido inicialmente avaliada com esta escala em Dezembro de 2011. Desta forma, será apresentada uma descrição qualitativa da evolução da C. nos vários domínios do desenvolvimento considerados, seguida de um gráfico de perfil de desenvolvimento baseado na Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, cujo objetivo será comparar a avaliação inicial com a avaliação final da C. e mostrar mais sucintamente a evolução da criança e, por fim, será apresentado um pequeno gráfico referente à percentagem de objetivos alcançados.

Motricidade Global: Tal como foi dito inicialmente, a Motricidade Global pode ser considerada como uma das áreas em que a C. apresentava mais dificuldades, principalmente devido a sua grande insegurança. Mas foi a este nível que a criança apresentou uma maior evolução.

A aquisição da marcha independente, considerada como o principal objetivo desta intervenção, foi totalmente conseguida, apesar das dificuldades apresentadas pela criança. Apesar de inicialmente não aceitar, sequer, perder o apoio do adulto quando se encontrava de pé, no final da intervenção a C. já caminhava completamente sem apoio, dando mais do que 20 passos seguidos, tanto em superfícies estáveis (chão) como instáveis (colchão). Esta aquisição possibilitou, também, à criança uma maior mobilidade dos membros superiores.

Para além disto, no que toca às restantes capacidades de Motricidade Global, no final da intervenção a C. deu mostras de já possuir uma postura sentada bastante mais direita do que inicialmente, ser capaz de gatinhar (apesar de não gostar desta posição e chorar bastante), empurrar o andorlho enquanto caminha (o que também não gosta), puxar um brinquedo por um cordel enquanto anda, ser capaz de subir os degraus do escorrega, sem alternância de pés e sem o apoio do adulto (apoiada apenas no corrimão) e andar de triciclo para a frente e para trás, também sem ajuda.

Apesar da evolução neste domínio, dado ainda não ter adquirido os reflexos básicos de autoproteção, a criança continua a apresentar uma grande insegurança em situações de maior desequilíbrio, como é o caso de se baixar sem ajuda para apanhar objetos do chão e de se colocar de pé sem apoio, sendo, ainda, necessária a presença do adulto perto de si para realizar estas atividades.

Motricidade Fina: Comparando a avaliação inicial com a avaliação final pode dizer-se que esta foi a área em que a C. apresentou uma menor evolução dado inicialmente a criança não possuir dificuldades significativas a este nível.

Desta forma, a forma como explora os brinquedos continua a manter-se adequada, continua a apresentar uma pinça fina, com oposição do polegar, bem definida, e mantendo a mão direita como mão preferencial e realizando ainda apenas pequenos rabiscos (devido à sua idade),

Pode, ainda, dizer-se que a sua maior aquisição neste domínio foi relativa à realização de encaixes de peças de plástico e de madeira, com formas simples, em que a

criança demonstrou ser capaz de retirar as peças dos seus encaixes e de seguida voltar a encaixá-las, rodando-as quando necessário.

Cognição: A nível da Cognição a C. continua a apresentar um interesse um pouco restrito apenas às áreas com que se sente mais à vontade. Desta forma, as suas atividades preferidas continuam centradas em atividades que envolvam livros e imagens ou sons, como é o caso de certos brinquedos ou mesmo das atividades com música.

Apesar disso, ao longo da intervenção, adquiriu novas competências como é o caso do rodar peças de plástico ou madeira para realizar encaixes, apontar algo a pedido, apontar partes do corpo em si mesma e nos colegas, entre outros. Continuando, também, a apresentar uma boa memória.

No que toca à permanência na tarefa, a C. continua a ser capaz de se manter concentrada na mesma durante bastante tempo, desde que se sinta confortável.

Uma vez que ainda apresenta alguma insegurança a nível motor, a sua capacidade de explorar o meio ambiente também se encontra um pouco atrás do esperado para a idade, dado a criança não apresentar interesse em realizar essa exploração.

Em geral, continua a recusar imediatamente quando lhe são sugeridas atividades com que não se encontra familiarizada ou à vontade, no entanto, aceita mais facilmente as mesmas, após alguma insistência.

Linguagem e Comunicação: No que toca à linguagem e Comunicação, é muito importante distinguir a Linguagem Compreensiva da Linguagem Expressiva.

Em geral, a nível da Linguagem Compreensiva, no final da Intervenção a C. já demonstrava ser capaz de entender, praticamente tudo, o que o adulto lhe dizia ou pedia, sendo também capaz de responder consistentemente a ordens verbais de uma etapa, e estando a emergir a capacidade de responder a ordens verbais de duas etapas. A este nível também, demonstrou ser capaz de identificar mais de quatro objetos a pedido, o que fazia entregando os objetos a quem lhe pedia, ou apontando esses mesmos objetos em imagens.

Por outro lado, a nível da Linguagem Expressiva a C. não apresentou uma grande evolução, sendo que durante toda a intervenção a criança não falou uma única vez (apesar de a mãe da C. afirmar que a criança diz algumas palavras em casa). No entanto a sua intenção comunicativa contínua presente, sendo capaz de expressar adequadamente o seu agrado e o seu desagrado, procurando o adulto principalmente em situações de desconforto.

Competências Sociais: Pode dizer-se que o domínio das Competências Sociais era o domínio em que, inicialmente, a C. apresentava menos dificuldades. Da mesma forma, após o processo de intervenção esta continuou a ser considerada a área em que a criança possuía maiores competências.

Como tal, pode dizer-se que a C. continua a ser uma criança bastante carinhosa, e mantém esta característica como forma de levar o adulto a fazer o que deseja, ou, pelo contrário, tentando que o adulto não insista para ela fazer algo que não quer. Da mesma forma, apesar de realizar menos vezes este comportamento, quando verifica que este método não surte o efeito desejado a criança começa a chorar até que o adulto desista do que lhe está a pedir e a pegue ao colo.

Já relativamente à relação com os pares, a C. já é capaz de se inserir em brincadeiras de pequeno grupo mas, devido à sua insegurança e medo de cair, nem sempre o faz, e por vezes afasta-se mesmo dos colegas, precisando de ser incentivada a aproximar-se.

Os elogios e reforços positivos continuam a ser bastante do agrado da criança, sendo um incentivo bastante forte no que toca ao seu interesse nas tarefas.

Por fim, já partilha os brinquedos e já é capaz de mandar beijinhos e dizer adeus, sem exemplificação prévia.

Autonomia: O domínio da Autonomia foi o menos trabalhado durante a intervenção. Apesar disso, a este nível foi possível observar algumas evoluções. De acordo com isto, a C. mostrou ser capaz de se alimentar por uma colher e por um garfo entornando um pouco, limpar as mãos sozinha a um guardanapo, arrumar os brinquedos desde que solicitada e abrir uma porta encostada para sair da sala.

Também mostrou ser capaz de indicar algum desconforto em situações em que a fralda se encontrava suja, mas ainda não controla os esfíncteres.

Relativamente ao vestir-se e despir-se, a C. continua a colaborar com o adulto e mantém-se capaz de descalçar as meias e os sapatos sozinha.

Embora tenha evoluído a este nível, devido à sua insegurança, a criança continua bastante dependente do adulto e apesar de já se deslocar sozinha recusa-se a fazer a maioria das atividades se não se encontrar, pelo menos, um adulto perto de si.

Como já foi dito, esta avaliação informal teve, também, por base a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, pelo que se segue um gráfico de perfil de desenvolvimento onde se pode comparar quantitativamente a avaliação inicial com a avaliação final da C.:

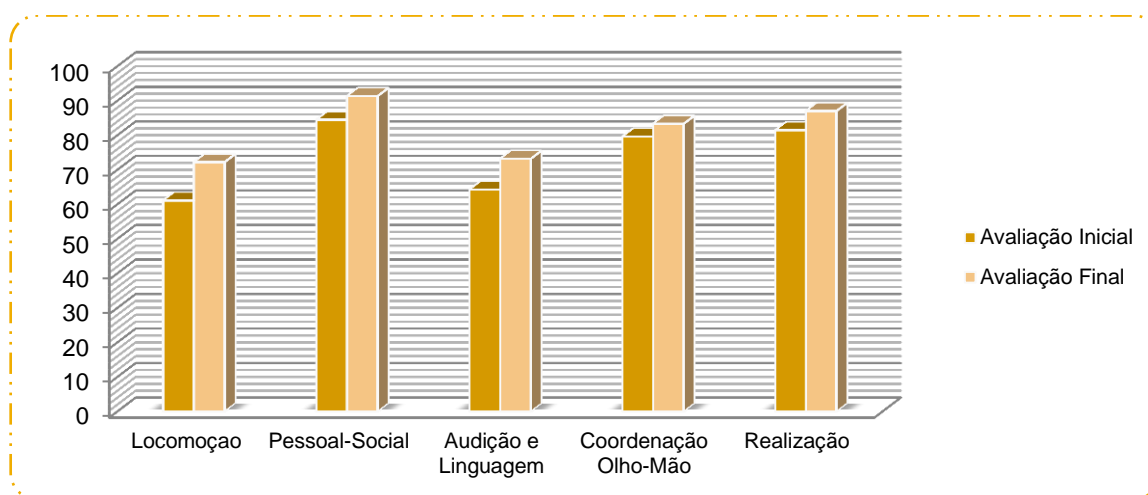


Gráfico 2: Avaliação Inicial vs. Avaliação final da C. (comparação quantitativa)

Tal como se pode observar no Gráfico 2, é possível verificar que após 6 meses de intervenção existiu uma evolução quantitativa a todos os níveis, sendo que uma maior evolução ocorreu no domínio da Locomoção que, de acordo com o que já foi dito na avaliação qualitativa, se deveu, principalmente, à aquisição da marcha autónoma.

Para além disto, é possível observar que, apesar de não existir uma discrepância significativa de nenhum domínio de desenvolvimento em relação aos outros, na avaliação inicial a área mais fraca da C. era a área da Locomoção e a área mais forte a Pessoal-Social, condição que se manteve na avaliação final.

Ainda de acordo com esta avaliação, pode acrescentar-se que apesar de a sua idade cronológica ser de 28 meses aquando do término da intervenção, a C. apresenta um desenvolvimento mental equivalente a 21,6 meses.

Segue-se, agora, o gráfico referente à percentagem de objetivos alcançados durante os 6 meses de intervenção:

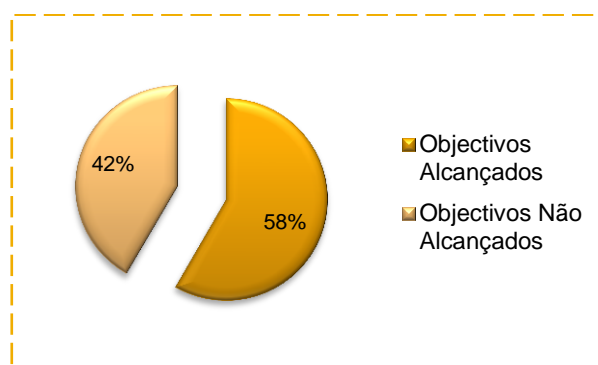


Gráfico 3: Percentagem de Objectivos Alcançados e Não Alcançados durante a intervenção com a C.

De acordo com o que é possível observar no Quadro 3, após a avaliação inicial foram estabelecidos 24 objetivos que se pretendia que a C. concretizasse durante a intervenção. Em resultado, desses 24 objetivos foram alcançados 14 o que corresponde a uma percentagem de 58%, sendo que os restantes 10 apesar de emergentes não foram totalmente alcançados, correspondendo a uma percentagem de 42%.

Apesar de não terem sido concretizados todos os objetivos propostos, os 58% de objetivos alcançados mostram que esta intervenção surtiu um resultado positivo no desenvolvimento da C.

Em suma, após uma análise qualitativa e quantitativa da intervenção com a C. é possível concluir que esta intervenção foi significativa no desenvolvimento da criança, surtindo efeitos positivos em todos os domínios do seu desenvolvimento, tanto qualitativa como quantitativamente.

Importa também referir que a evolução da C. se deveu, não só a esta intervenção como também, às sessões de psicomotricidade e de terapia da fala que a C. frequenta. Estas sessões mostraram-se bastante importantes para o desenvolvimento da criança dado proporcionarem um trabalho continuado e diferenciado nas diferentes áreas de desenvolvimento da criança.

Para além disto, o contacto permanente com a Educadora da C. foi também uma mais-valia de modo a acompanhar o desenvolvimento da criança nos seus contextos naturais do dia-a-dia e fora das sessões, e de modo a favorecer a passagem de estratégias.

Apesar disso, a C. continua a evidenciar uma grande insegurança, principalmente a nível motor, dado ainda não ter adquirido os reflexos básicos de autoproteção, pelo que é necessário um trabalho continuado desta capacidade, dado que afeta negativamente todas as áreas do seu desenvolvimento.

Futuramente, a criança deve continuar a usufruir de um apoio geral que vise promover todas as áreas do seu desenvolvimento³.

5.2) S.

5.2.1) Caracterização da Criança

A S. é uma menina de nacionalidade Portuguesa, natural de Mira (Amadora), nascida a 7 de Agosto de 2008 e diagnosticada com síndrome de Wolf-Hirschhorn, que se

³ Em anexo é possível encontrar uma Ficha de Apoio aos Pais e o respetivo Plano de Intervenção da C. (Anexo V).

encontra integrada no Abrigo de Santa Maria de Belém desde 18 de Março de 2009. Fruto de uma gravidez não desejada, nasce prematura às 36 semanas por cesariana, após algumas complicações durante a gravidez e de um parto violento (dado a mãe ter desenvolvido um ataque de pânico), sofrendo de anoxia neo-natal. Posteriormente a mãe apresenta depressão pós-parto.

Inicialmente diagnosticada com Atraso Global de Desenvolvimento no Hospital Fernando da Fonseca, a S. apresenta muita insegurança e um atraso de desenvolvimento a nível global, bem como um padrão de rotação interna do membro inferior direito causado pela aquisição tardia da marcha, não existindo alterações significativas visíveis em RX à bacia. Para além disto possui, também, bronquiolite de repetição sendo que toma frequentemente dos medicamentos: Pulmicorte e Ventilan (em caso de emergência) e em Junho de 2010 foi sujeita a uma cirurgia devido a uma hérnia na cavidade abdominal.

Relativamente à sua situação familiar, a custódia da S. pertence aos avós maternos dado os pais não possuem as condições necessárias para o bem-estar da criança. Em criança a mãe da S. foi acompanhada em consultas de Saúde Mental Infantil, sendo que atualmente continua a ser acompanhada em consultas de Psiquiatria, possuindo uma medicação forte dado apresentar comportamentos autodestrutivos. Apresenta, ainda, algumas dificuldades a nível motor, bem como alguns terrores (como o de subir para bancos). No que toca ao pai da S. este apresenta uma condição de Stress Pós-Traumático de Guerra, tendo sofrido um Acidente Vascular Cerebral. Para além disto, apresenta, também, bronquite crónica, tabagismo e dependência de álcool.

Devido ao seu diagnóstico, a S. começou a ser acompanhada pela equipa de Intervenção Precoce da Cerci Lisboa, sendo avaliada pela fisioterapeuta da instituição, com a Escala de Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths a 14 de Junho de 2011, de onde resultou um quociente de desenvolvimento muito inferior à sua idade e uma idade mental de 10 meses, sendo que na altura a S. já se encontrava com 34 meses.

Por fim, relativamente aos apoios prestados à S., para além das sessões de Intervenção Precoce, durante este ano letivo a criança abandonou o apoio prestado por parte da fisioterapeuta da Cerci Lisboa dado não se adaptar à mesma, sendo que foi inscrita na Fundação Liga onde ia duas vezes por semana e onde fazia Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

5.2.2) Resultados da Avaliação Inicial

Tal como no caso anterior, a S. não foi avaliada formalmente durante o tempo de estágio. Apesar disto, a avaliação que se segue teve por base a escala de desenvolvimento infantil Schedule of Growing Skills II, relatórios de avaliação de outros profissionais que acompanhavam a criança, bem como uma observação cuidada da S., no seu contexto natural de sala, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2011, em que a S. possuía 3 anos, focando-se nos vários domínios do seu desenvolvimento.

Motricidade Global: A S. é uma criança diagnosticada com Síndrome de Wolf-Hirschhorn. Deste modo apresenta bastantes dificuldades em todas as áreas de desenvolvimento.

A nível da motricidade global a S. apresenta um padrão de rotação interna do membro inferior direito devido a um atraso no desenvolvimento da musculatura dos membros inferiores, causada pela aquisição tardia da marcha.

Apesar das grandes dificuldades da S., é a nível da motricidade global que a criança apresenta um maior desenvolvimento, já andando sozinha e apresentando emergente a capacidade de se baixar, dobrando-se pela cintura, e voltar a levantar-se sem apoio.

Ainda a este nível, já sobe e desce escadas, precisando, no entanto, ainda de apoio por parte do adulto.

Apesar de também se sentar sozinha este é um movimento ainda um pouco rudimentar já que a criança se deixar cair para se sentar.

Motricidade Fina: Na motricidade fina a S. revela prazer em rabiscar, constrói torres com dois cubos, realiza oposição completa do polegar e já folheia um livro virando uma página de cada vez, sendo a sua mão preferencial a direita. No entanto, a sua preensão fina encontra-se, ainda, um pouco comprometida dado que apresenta, ainda, algumas dificuldades no que toca a tudo o que se trata de movimentos mais minuciosos e de precisão, como é o caso dos encaixes de formas simples, dos enfiamentos e do desenroscar e enroscar uma tampa.

No que toca aos enfiamentos já mostra emergente a intenção de fazer passar um cordel por uma ranhura larga, mas ainda apresenta uma grande imprecisão neste movimento não o conseguindo controlar.

Cognição: A nível da cognição a S. apresenta, também, grandes dificuldades. Não realiza encaixes mas já demonstra saber o local onde encaixam as peças, não explora voluntariamente as tarefas e ainda necessita de demonstração para a realização das mesmas.

No que toca à permanência na tarefa, desde que se sinta confortável, a S. é capaz de se manter na mesma durante bastante tempo, como é o caso de se manter sentada e atenta quando se encontra a escutar uma história, podendo, mesmo, dizer-se que a S. é uma criança muito atenta e observadora.

Ainda relativamente às histórias a S. já demonstra ter emergente a capacidade de apontar alguns objetos presentes nas imagens como é o caso do fazer festinhas nos animais.

Quanto aos seus brinquedos preferidos pode dizer-se que a criança tem preferência por todos os que produzam som.

Linguagem e Comunicação: No que toca à linguagem e à comunicação, pode dizer-se que a grande dificuldade da S. se encontra ao nível da linguagem expressiva, realizando apenas algumas vocalizações. Apesar disto não se pode dizer que não exista intenção comunicativa. Sempre que se encontra numa situação de que gosta a S. consegue comunicar a sua intenção de permanecer na tarefa. Por outro lado, quando se trata de uma situação de que não gosta a criança transmite esse mesmo desagrado, principalmente através do choro. Para além disto já puxa pelo adulto quando deseja algo, como é o caso do mudar a fralda.

Já no que toca à linguagem compreensiva, a S. reage sempre ao seu nome, e parece compreender algumas coisas do que se lhe diz.

No que toca à noção corporal a criança também já demonstra emergente a capacidade de identificar algumas partes do corpo em si mesma o que acontece, por exemplo, quando se pergunta “onde está o nariz da S.?” em que a criança leva a mão ao nariz.

Competências Sociais: A nível das interações sociais a S. pode ser caracterizada como uma criança muito doce e que gosta muito de dar abraços. No entanto esta característica verifica-se maioritariamente na relação com o adulto.

Na relação com os pares, a S. demonstra ser, ainda, bastante insegura e, inicialmente não deixava, sequer, que os mesmos se aproximassem. Neste momento, já interage com alguns dos seus colegas e insere-se em brincadeiras de pequeno grupo.

Já em contexto de brincadeira, responde adequadamente a alguns gestos e repete

ações, após observação, como é o caso do dizer adeus. Também a este nível, bate palmas, sorri e dá gargalhadas, sempre que está feliz, e oferece comida ao adulto. Uma das suas atividades preferidas é o ouvir histórias.

Para além disto, pode dizer-se que a S. gosta bastante sempre que recebe elogios e reforços positivos ao seu comportamento.

Autonomia: A nível da autonomia a S. ainda se encontra bastante dependente do adulto.

Ainda não controla os esfíncteres mas sinaliza quando a fralda esta suja e, no que toca ao vestir-se e despir-se, a S. colabora com o adulto e, a pedido, procura descalçar as meias e os sapatos sozinha, apesar de ainda não o conseguir fazer.

Para além disto, a nível da alimentação, apesar de já conseguir alimentar-se sozinha com as mãos, ainda não consegue levar a colher à boca, sozinha, sem entornar. A este nível é-lhe mais fácil utilizar o garfo uma vez que se a comida se encontrar presa no mesmo, já o procura levar à boca, não entornando.

Também na alimentação, a S. apresenta, ainda, uma grande dificuldade em beber por um copo sozinha uma vez que não consegue controlar a quantidade de água que deixa entrar na boca.

5.2.3) Planeamento da Intervenção – Objetivos

Em qualquer processo de intervenção, após a realização da avaliação segue-se o estabelecimento de objetivos. Desta forma, os objetivos que se seguem, definidos por domínios de desenvolvimento, têm por base toda a avaliação anteriormente descrita:

<u>Domínio de Desenvolvimento</u>	<u>Objetivos Comportamentais</u>
Motricidade Global	<p><i>Marcha:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Desenvolver a marcha autónoma;• Ser capaz de controlar o movimento de se baixar para se sentar;• Ser capaz de se baixar para apanhar um objeto do chão;• Ser capaz de se levantar com, pelo menos, um objeto nas mãos;• Ser capaz de andar velozmente;• Ser capaz de subir escadas sem o apoio do adulto;• Ser capaz de saltar retirando, pelo menos, um dos pés do chão;• Ser capaz de subir escadas com alternância de pés. <p><i>Capacidades Manipulativas:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Ser capaz de chutar uma bola;• Ser capaz de atirar uma bola por cima da cabeça.

Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de realizar encaixes de formas simples numa placa de madeira; • Ser capaz de fazer rolos com plasticina; • Ser capaz de fazer bolas com plasticina; • Ser capaz de realizar encaixes de pinos pequenos numa tábua de encaixes; • Ser capaz de desenroscar uma tampa; • Desenvolver a capacidade de utilizar as duas mãos cooperativamente.
Cognição	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de procurar um objeto escondido; • Ser capaz de explorar todas as propriedades e possibilidades dos objetos com interesse; • Ser capaz de apontar 4 partes do corpo em si mesma; • Ser capaz de identificar apontando ou entregando 5 objetos diferentes; • Ser capaz de apontar 4 partes do corpo no outro ou numa boneca; • Ser capaz de apontar para um objeto distante, a pedido; • Desenvolver a capacidade de rodar peças ao realizar encaixes.
Linguagem e Comunicação	<p><i>Linguagem Compreensiva:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de identificar, a pedido, pelo menos, 5 objetos; • Ser capaz de apontar em si mesma, a pedido, 4 partes do corpo nomeadas; • Ser capaz de compreender verbos, apontando algumas ações em figuras. <p><i>Linguagem expressiva:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de comunicar utilizando gestos e vocalizações; • Aumentar a quantidade de palavras ditas; • Ser capaz de imitar sons de objetos ou animais.
Competências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a capacidade explorar voluntariamente um brinquedo; • Iniciar interação em situação de jogo em pequeno grupo.
Autonomia	<p><i>Higiene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de esfregar as mãos para as lavar; • Ser capaz de esfregar a boca para a lavar; • Ser capaz de utilizar um papel para secar as mãos. <p><i>Alimentação:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de levar um garfo, com comida presa, à boca; • Ser capaz de beber por um copo sem entornar; • Ser capaz de se alimentar com a colher, sem entornar.

Quadro 4: Objetivos de Intervenção estabelecidos para a S.

Destes objetivos definidos, alguns mostravam-se de maior relevância para o desenvolvimento da criança. Como tal, durante as sessões de Intervenção Precoce a frequência com que cada um foi trabalhado não foi equitativa, apresentando a seguinte

distribuição:

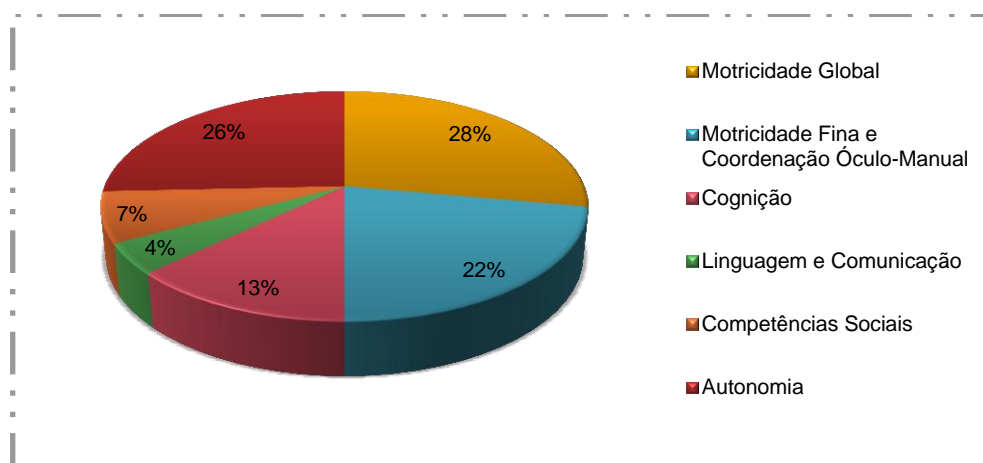


Gráfico 4: Frequência com que cada Área de Desenvolvimento foi trabalhada nas sessões com a S.

5.2.4) Tipologia das Sessões

Devido à dificuldade da criança em aceitar um novo adulto, as sessões com a S. foram sempre realizadas em contexto de inclusão. Para além disto, de acordo com os objetivos estabelecidos e com as necessidades apresentadas pela própria instituição, estas sessões decorreram em dois espaços distintos: na sala de aula e no refeitório, possuindo, como tal, uma tipologia distinta entre os dois locais.

Desta forma, no contexto de sala de aula procurou integrar-se uma estrutura lógica de “Principio”, “Meio” e “Fim”, incluindo esta estrutura um “Ritual de Entrada” em que se procedia ao contacto inicial e se cumprimentava a criança, um momento de “Intervenção em Grupo” em que geralmente se contava uma história a todas as crianças ou se realizava um atividade com as mesmas, um momento de “Intervenção Individualizada” onde se procurava trabalhar os objetivos pré-estabelecidos de forma um pouco mais individualizada (a estagiária deslocava-se com a S. para o local do tapete e realizava atividades direcionadas exclusivamente para a criança) e, por fim, existia o “Momento da Despedida” em que se arrumava o material utilizado, se ajudava a S. a ir à casa de banho para lavar as mãos e se sentava a criança à mesa para almoçar, procedendo-se neste momento à despedida, propriamente dita.

Já no que toca ao contexto de refeitório, existia um “Ritual de Entrada” em que se contactava e cumprimentava a S. e ajudava a criança a ir à casa de banho para lavar as mãos sentando-se, de seguida, à mesa para almoçar, um momento de “Desenvolvimento da Sessão” em que se apoiava a criança durante toda a refeição, um “Ritual de Saída” em que, mais uma vez, se ajudava a S. a ir à casa de banho para lavar as mãos e a boca e, de seguida, nos dirigíamos para a sala onde se realizava uma pequena atividade com todas as crianças enquanto estas esperavam para mudar a fralda e, por fim, o “Momento da Despedida” em que se mudava a fralda à S. e se procedia à despedida, propriamente dita.

Apesar desta estrutura pré-estabelecida, sempre que se verificava a existência de alguma atividade extra, esta era realizada durante a sessão onde se procurava fornecer o apoio adequado à criança.

5.2.5) Estratégias de Intervenção Utilizadas

O início da intervenção com a S. foi um pouco lento, uma vez que a criança criou alguma resistência à presença de um novo adulto na sala de aula, não querendo aproximar-se. No entanto, à medida que a intervenção foi avançando, a S. começou a ganhar mais confiança com a estagiária, procurando-a, e rindo bastante.

Foram duas as principais estratégias utilizadas para ganhar esta confiança da S.: a primeira relacionada com livros de figuras, uma vez que a S. gostava bastante de ouvir histórias enquanto folheava os livros e via as imagens que estes continham, e a segunda relacionada com jogos de balanceamentos em que se cantava uma música e se balanceava ao ritmo da mesma. Sempre que realizávamos esta segunda atividade a S. ria sem parar, não querendo que a atividade terminasse. A estagiária procurou que em todas as sessões, fosse incluída pelo menos uma destas atividades. Nas sessões realizadas na sala de aula, em geral, existia sempre um momento para a história, ficando a atividade dos balanceamentos para o momento antes de mudar a fralda, no dia em que o apoio era dado no refeitório.

Como já foi dito anteriormente, as sessões com a S. foram realizadas em contexto de inclusão na sala de aula. Como tal, procurou incluir-se em todas as sessões, pelo menos uma atividade direcionada para todas as crianças da sala, de modo a que se pudesse trabalhar, entre outras razões, a relação da criança com os pares. Para além deste motivo, no início da intervenção foi bastante importante realizar várias atividades com todas as crianças de modo a que a S. não sentisse a atenção tão centrada em si mesma. No entanto, após conquistar a confiança da criança, os momentos de intervenção mais individualizada tornaram-se bastante importantes uma vez que foi possível trabalhar mais aprofundadamente os objetivos estabelecidos.

É de referir que, apesar de após ganhar confiança a S. aceitar relativamente bem todas as propostas da estagiária, a maior dificuldade na intervenção foi o facto de a criança, nem sempre entender o que se lhe pedia, ficando frustrada e começando a chorar quando se insistia um pouco mais. Desta forma, a utilização do reforço positivo foi essencial nas sessões com a S., mesmo que esta não fosse bem-sucedida, dado que a criança ficava bastante feliz sempre que era elogiada, e ganhava uma maior confiança em si mesma bem como um novo incentivo para realizar as atividades.

Dado a dificuldade da S. a nível da comunicação, a linguagem utilizada durante as sessões foi, também, o mais simples possível, incluindo sempre uma instrução verbal seguida de exemplificação de modo a tornar mais fácil à criança entender o que se lhe pedia. De seguida era disponibilizado o tempo necessário para a criança realizar a tarefa, mesmo que isso implicasse não realizar alguma das tarefas inicialmente planeadas.

A nível da alimentação, o apoio prestado à criança foi sendo retirado progressivamente. Inicialmente começou por se dar apoio total, pedindo à S. para tocar apenas na colher ou no garfo e levando os talheres à boca apoiando a nível da mão da criança. De seguida passou-se para uma etapa em que a comida era colocada na colher ou no garfo e a criança deveria segurar nos mesmos sozinha e fazer alguma força para os levar à boca, enquanto o apoio era prestado a nível do antebraço. Seguiu-se uma etapa em que, principalmente a nível da utilização do garfo, se colocava a comida no mesmo, e se deixava que fosse a S. a levá-lo à boca sem qualquer apoio a nível físico. E, por fim, uma última etapa em que era pedido à S. para tentar, ela própria, colocar a comida nos talheres.

Ao longo de todo o processo de intervenção a articulação com a Educadora da sala foi também um aspeto de maior relevância uma vez que tornou possível perceber melhor a evolução da S., o seu desenvolvimento e as suas conquistas, bem como o processo de intervenção que se encontrava a ter na Fundação Liga.

5.2.6) Resultados do Processo de Intervenção

Tal como para as restantes avaliações, também a avaliação final da S. se caracterizou por uma avaliação informal. Neste caso, esta avaliação final, para além da avaliação informal teve por base a escala de desenvolvimento infantil Schedule of Growing Skills II, uma vez que esta escala foi também a base para a avaliação inicial.

Segue-se, então, uma descrição qualitativa da evolução da S. nos vários domínios do desenvolvimento considerados, seguida de um gráfico de perfil de desenvolvimento baseado na escala de desenvolvimento infantil Schedule of Growing Skills II, cujo objetivo será comparar a avaliação inicial com a avaliação final da S. e fornecer uma visão quantitativa da evolução da criança e, por fim, será apresentado um gráfico referente à percentagem de objetivos alcançados.

Motricidade Global: No que toca ao domínio da Motricidade Global, apesar de inicialmente se considerar o domínio em que a S. apresentava um melhor desenvolvimento, pode dizer-se que a criança apresentou alguma evolução, não se encontrando no entanto, ainda, dentro do esperado para a sua idade.

Relativamente ao seu padrão de rotação interna do membro inferior direito, devido à maturação da marcha autónoma, a S. apresenta, agora, uma rotação inferior à que apresentava inicialmente, o que denota algumas melhorias. O mesmo se verifica para toda a postura em geral da criança, principalmente na posição vertical, em que a criança já segura melhor a cabeça na linha média do corpo, o que promove, também, este desenvolvimento da marcha uma vez que favorece o equilíbrio.

No que toca às novas aquisições, propriamente ditas, neste momento a S. já é capaz de andar autonomamente, tanto em superfícies estáveis como instáveis (colchão), sendo que a este nível já consegue caminhar com um pouco mais de velocidade, baixar-se para apanhar objetos de chão e levantar-se com objetos e ambas as mãos, subir escadas sem o apoio do adulto e apoiada no corrimão com apenas uma mão, puxar um brinquedo por um cordel enquanto anda e atirar uma bola por cima do ombro.

Por outro lado, a S. ainda não consegue saltar elevando, pelo menos um pé do chão, e o seu movimento de sentar continua, ainda, um pouco rudimentar, uma vez que a criança ainda se deixar cair para se sentar.

Motricidade Fina: Relativamente à área da Motricidade Fina, e evolução da S. foi continuada relativamente à avaliação inicial.

Neste domínio a criança evoluiu principalmente a nível da preensão fina, em que já mostrou ser capaz de retirar peças de madeira de formas simples dos seus encaixes e voltar a encaixá-las nas placas de madeira respetivas, bem como de realizar pequenas rotações de forma a efetivar esses encaixes, realizar enfiamentos, puxando um cordel quando este se encontra do outro lado da ranhura, demonstrando intenção de o fazer passar pela mesma ranhura, não conseguindo no entanto realizar este movimento sem o apoio do adulto, e fazer pequenos rolos com plasticina e barro.

Já utiliza melhor as duas mãos cooperativamente e a sua mão preferencial mantém-se a direita.

Neste momento, as grandes dificuldades da S. neste domínio passam pela força para realizar e concretizar todos os movimentos de maior precisão, como é o caso do encaixe de pinos pequenos numa tabua de encaixes, em que a S. direciona os pinos para as respetivas ranhuras mais ainda não consegue empurrar para baixo de modo a prendê-los na tábua, nem retirá-los da mesma.

Cognição: Pode dizer-se que o domínio da cognição era o domínio em que a S.

apresentava mais dificuldades inicialmente. Como tal, alguns dos objetivos traçados para este domínio foram objetivos que deveriam ter sido adquiridos numa idade muito mais inferior à idade cronológica da criança.

Em consequência disto, a S. realizou algumas aquisições bastante importantes mas, no entanto, o seu desenvolvimento neste domínio mantém-se bastante abaixo do esperado para a sua idade.

Apesar disto pode dizer-se que a S. já demonstra algum interesse, ainda que pouco, e ser capaz de procurar um objeto escondido, ser capaz de explorar alguns objetos que despertem a sua atenção, com interesse, ser capaz de apontar 4 partes do corpo em si mesma, ser capaz de identificar 5 objetos diferentes a pedido, o que faz encostando a mão aos mesmos, e já apresenta alguma rotação de peças de madeira simples para as encaixar na respetiva placa de madeira.

Apesar desta evolução ainda necessita bastante de demonstração para a realização das mesmas, uma vez que muitas vezes não entende o que se pretende que faça.

Importa, ainda, referir que a sua atividade preferida continua a ser o ouvir histórias.

Linguagem e Comunicação: A área da Linguagem e Comunicação foi a menos trabalhada durante a intervenção com a S.. No entanto, é muito importante distinguir a Linguagem Compreensiva da Linguagem Expressiva.

Em geral, a nível da Linguagem Compreensiva, no final da Intervenção a S. demonstrava ser capaz de entender grande parte do que o adulto lhe dizia ou pedia, sendo também capaz de responder consistentemente a ordens verbais de uma etapa. A este nível também, demonstrou ser capaz de identificar mais de cinco objetos a pedido, o que fazia poisando a mão nas imagens dos objetos ou nos próprios objetos.

Por outro lado, a nível da Linguagem Expressiva a S. não apresentou uma grande evolução, sendo que durante toda a intervenção a criança não disse uma única palavra reconhecível. A este nível a maior evolução foram algumas lalações e algum palrar da criança numa das últimas sessões de intervenção.

Apesar disto a sua intenção comunicativa contínua presente, sendo capaz de expressar adequadamente o seu agrado e o seu desagrado, procurando o adulto principalmente em situações de desconforto.

Competências Sociais: Tal como foi dito inicialmente, a S. pode ser caracterizada como uma criança muito doce e que gosta muito de dar abraços, verificando-se esta característica apenas em relação ao adulto.

Dado que, tal como se verificou para a Linguagem e Comunicação, este foi um domínio pouco trabalhado durante a intervenção com a S., a sua evolução também não foi muito significativa a nível das Competências Sociais.

Desta forma, a S. mantém-se, ainda, um pouco insegura na relação com os pares, mas já deixa que os mesmos se aproximem e interajam consigo sem reagir negativamente.

Em contexto de brincadeira mantém as mesmas capacidades que na avaliação inicial sendo que aqui já demonstra algum interesse em explorar os brinquedos.

Os elogios e reforços positivos continuam a ser bastante do agrado da criança, sendo um incentivo bastante forte no que toca ao seu interesse nas tarefas.

Autonomia: Tal como se pode observar no Gráfico 4, a área da Autonomia foi uma das áreas mais trabalhadas durante a intervenção, pelo que se registaram bastantes evoluções e praticamente todos os objetivos traçados foram alcançados.

Desta forma, a nível da higiene pessoal a S. ainda não controla os esfíncteres mas já é capaz de lavar as mãos e a boca sozinha, esfregando, e de seguida puxar um papel (desde que não seja necessário fazer muita força) para se secar.

No que toca à sua alimentação neste momento a S. ainda se encontra um pouco dependente do adulto, dado que ainda não consegue alimentar-se sozinha por uma colher sem entornar, mas já consegue levar um garfo com comida presa à boca e já demonstra intenção de espetar o mesmo na comida que se encontra no prato, sendo bem-sucedida em algumas das vezes. Já no que se refere ao beber por um copo sem ajuda e sem entornar, a S. ainda não consegue controlar a quantidade de água que deixa entrar na boca pelo que esta tarefa ainda se mostra bastante difícil.

Também já demonstra ser capaz de arrumar os brinquedos desde que solicitada e abrir uma porta encostada para sair da sala.

Por fim, no que toca ao vestuário a mantém a capacidade de colaborar com o adulto e já tenta, de forma mais eficaz, descalçar as meias e os sapatos sozinha, sendo que ainda necessita de algum apoio.

Como já foi dito, esta avaliação informal teve, também, por base a escala de desenvolvimento infantil Schedule of Growing Skills II, pelo que se segue um gráfico de perfil de desenvolvimento onde se pode comparar, de uma forma quantitativa, a avaliação inicial com a avaliação final da S⁴.

⁴ Em anexo é possível encontrar tanto a Avaliação Inicial da S. como a Avaliação Final realizada com a escala de desenvolvimento infantil Schedule of Growing Skills II (Anexo II e Anexo X, respetivamente).

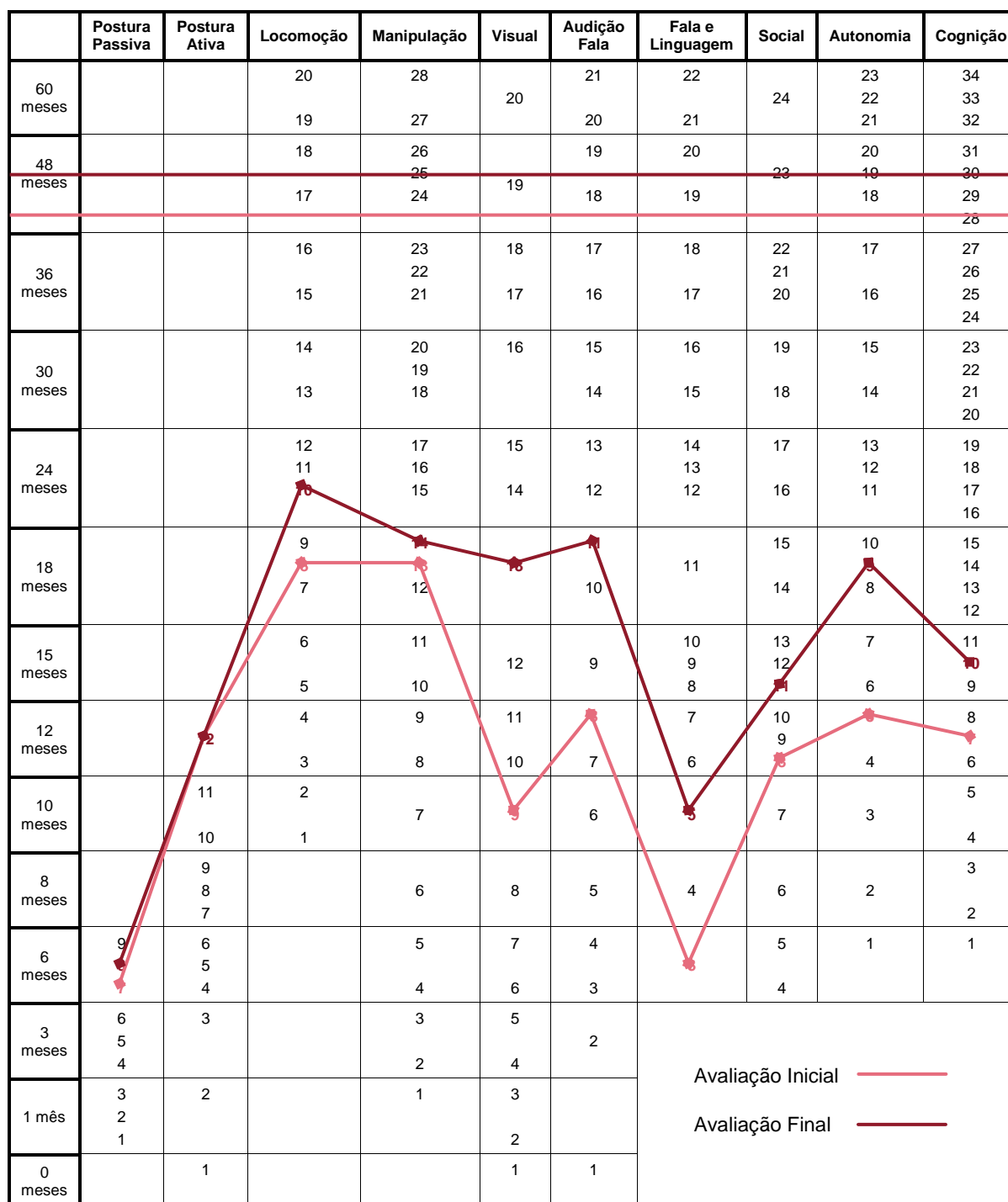


Gráfico 5: Perfil de Desenvolvimento da S. – Avaliação Inicial vs. Avaliação Final (comparação quantitativa)

De acordo com o que se pode observar no gráfico 5, após 4 meses de intervenção, de uma forma geral existiu uma evolução quantitativa a todos os níveis, sendo que a maior evolução ocorreu a nível das capacidades visuais, o que vai de encontro ao observado na avaliação qualitativa no que se refere às capacidades de coordenação óculo-manual.

Ainda de acordo com o Gráfico 5, é possível observar que na avaliação inicial as áreas mais fortes da criança eram as áreas da Locomoção e da Manipulação, e as áreas mais fracas as da Fala e Linguagem e Visual. Já na avaliação final a Locomoção e

Manipulação mantiveram-se como as áreas mais fortes podendo acrescentar-se a área da Audição e Fala. Já no que toca às áreas mais fracas na avaliação final, a área da Fala e Linguagem manteve-se como área fraca (dado a criança não ter adquirido, ainda, um discurso reconhecível) mas, devido à evolução notada a nível da capacidade visual esta passou a ser considerada como uma área intermedia sendo agora a área Social considerada uma área fraca, não devido a ter havido um retrocesso nesta capacidade mas sim devido a não ter existido uma evolução tão significativa como nas restantes áreas.

Apesar de ter existido uma melhoria significativa a todos os níveis, é possível observar que a S. se encontra ainda bastante abaixo do esperado para a sua idade, o que se traduz num desenvolvimento mental bastante inferior à sua idade cronológica.

Segue-se, agora, o gráfico referente à percentagem de objetivos alcançados durante os 4 meses de intervenção:

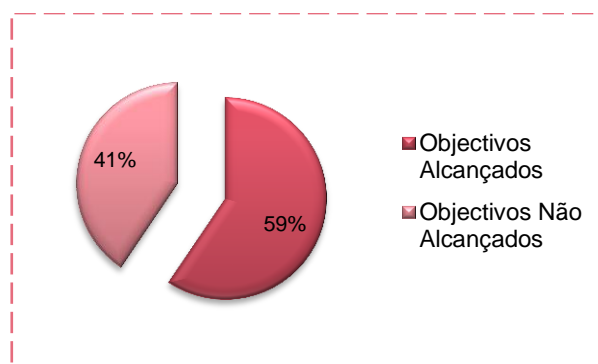


Gráfico 6: Percentagem de Objetivos Alcançados e Não Alcançados durante a intervenção com S.

De acordo com o que é possível observar no Quadro 4, após a avaliação inicial foram estabelecidos 37 objetivos que se pretendia que a S. concretizasse durante a intervenção. Em resultado, desses 37 objetivos foram alcançados 22 o que corresponde a uma percentagem de 59%, sendo que os restantes 15 apesar de emergentes não foram totalmente alcançados, correspondendo a uma percentagem de 41%.

Apesar de não terem sido concretizados todos os objetivos propostos, os 59% de objetivos alcançados mostram que esta intervenção surtiu um resultado positivo no desenvolvimento da S.

Em suma, após uma análise qualitativa e quantitativa da intervenção com a S. é possível concluir que esta intervenção foi significativa no desenvolvimento da criança, surtindo efeitos positivos em todos os domínios do seu desenvolvimento, tanto qualitativa como quantitativamente.

Importa também referir que a evolução da S. se deveu, não só a esta intervenção como também, às sessões de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, que a criança iniciou durante o ano letivo. Estas sessões mostraram-se bastante importantes para o desenvolvimento da criança dado proporcionarem um trabalho continuado e diferenciado nas diferentes áreas de desenvolvimento desta.

Para além disto, o contacto permanente com a Educadora da S. foi também uma mais-valia de modo a acompanhar o desenvolvimento da criança nos seus contextos naturais do dia-a-dia e fora das sessões, e de modo a favorecer a passagem de estratégias.

Apesar desta evolução, como já foi dito, a o nível de desenvolvimento da S. ainda se mantém bastante abaixo do esperado para a sua idade. Como tal, e tendo em conta a

problemática associada, é imprescindível que futuramente a criança continue a usufruir de um apoio geral que vise promover todas as áreas do seu desenvolvimento⁵.

5.3) A.

5.3.1) Caracterização da Criança

O A. é um menino de nacionalidade Portuguesa, nascido a 22 de Agosto de 2007, que se encontra integrado no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém desde 1 de Outubro de 2010 (até esta data permaneceu em casa com uma tia).

Com diagnóstico dentro das Perturbações do Espectro do Autismo, o A. apresenta grandes alterações a nível da comunicação e da interação que influenciam todas as restantes áreas. Apesar disso, pode ser caracterizado como uma criança muito doce, que gosta muito de mimos.

Fruto de uma gravidez vigiada, de termo (às 40 semanas), sem quaisquer complicações e por parto eutócico, apresentou um índice de APGAR de 9. Apesar de não desejada, tanto a mãe como o pai aceitaram bem a gravidez. Desde pequeno caracterizado por ser um bebé um pouco “chorão” apresentou alterações a nível do sono e da alimentação desde nascença.

As suas primeiras palavras apareceram por volta dos 18 meses apresentando uma evolução progressiva, chegando a utilizar pequenas frases pouco antes dos 3 anos de idade, altura em que se observa uma regressão súbita da linguagem passando esta a caracterizar-se por jargão próprio e por linguagem idiossincrática.

Por volta dos 3 anos de idade começam a ser mais evidentes algumas alterações a nível do seu comportamento apresentando recusa em misturar alimentos, dificuldade em manter-se sentado, isolamento, interesses marcados por movimentos giratórios (rodar objetos e observar a máquina de lavar roupa), marcha em bicos de pés, hipersensibilidade a alguns sons (tapando os ouvidos) e uma grande obsessão por interruptores e por alinhar objetos. Qualquer alteração na sua rotina não é, de todo, bem aceite pela criança.

Avaliado na APPDA com o PEP-3 a 14 de Abril de 2011, apresenta um perfil de desenvolvimento heterogéneo e de alterações moderadas nos domínios da comunicação e da motricidade. Nesta avaliação foi também aplicado o CARS em que o A. obteve uma pontuação de 33, indicando uma Perturbação do Espectro do Autismo com alteração moderada do comportamento, sendo este diagnóstico encarado como evolutivo devido à idade da criança.

Vive com a mãe, dado os pais se encontrarem separados, dormindo no quarto desta, uma vez que não possui quarto próprio. Para além disto, passa algum tempo, todos os dias, com o pai. Possui mais três irmãos da parte da mãe e duas irmãs por parte do pai, todos mais velhos. As maiores preocupações apresentadas por parte do pai relacionam-se com a concentração e a alimentação do A. Já no que toca à mãe do A., esta sofre de enxaquecas regularmente e encara o problema da criança como uma dificuldade a nível da articulação das palavras.

Relativamente aos apoios prestados ao A. durante este ano letivo, para além das sessões de Psicomotricidade, o A. usufruiu, ainda, de Terapia da Fala duas vezes por semana e de Intervenção Precoce, com uma Técnica da Equipa de Intervenção Precoce do Agrupamento Luís de Camões, uma vez por semana.

⁵ Em anexo é possível encontrar uma Ficha de Apoio aos Pais e o respetivo Plano de Intervenção da S. (Anexo VI).

5.3.2) Resultados da Avaliação Inicial

Tal como as duas crianças anteriores o A. não foi avaliado formalmente durante o tempo de estágio. A avaliação que se segue teve por base uma observação cuidada do A., no seu contexto natural de sala, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2011, em que o A. tinha 4 anos, bem como relatórios de avaliação de outros profissionais que acompanhavam a criança, e foca-se nos vários domínios do seu desenvolvimento.

Para além disto, foi construído um Inventário de comportamentos com base nas escalas de desenvolvimento “Schedule of Growing Skills” (SGS) e “Developmental Observation Checklist System” (DOCS), no “Psychoeducational Profile: Third Edition” (PEP-3) e no livro “Steps to Independence” de Bruce Baker e Alan Brightman, e foi aplicada a Escala de Observação dos Comportamentos Sociais para Crianças de Idade Pré-escolar em Ambientes de Integração.

Motricidade Global: A Motricidade Global é a área de desenvolvimento em que o A. apresenta melhores resultados, apresentando competências adequadas para a sua idade, como é o caso do subir e descer as escadas com alternância dos pés e do correr.

O A. apresenta bastantes dificuldades em se manter sentado no mesmo lugar durante algum tempo, atira-se para o chão quando lhe é pedido algo que não seja do seu agrado e, quando não se sente confortável, tende a envolver-se em comportamentos repetitivos que se caracterizam por abrir e fechar portas.

A marcha do A. caracteriza-se, maioritariamente, por se tratar de uma marcha em bicos de pés o que provoca, muitas vezes perdas de equilíbrio. Quanto ao saltar o A. apresenta algumas dificuldades na coordenação dos movimentos, conseguindo, no entanto, levantar os dois pés do chão. É ainda de referir que apresenta bastante interesse por atividades que envolvam música e dançar.

Importa ressaltar que, apesar de conseguir realizar a maioria dos movimentos em geral, estes caracterizam-se por alguma brusquidão.

Motricidade Fina: A nível da Motricidade Fina pode dizer-se que a forma como o A. explora alguns os diferentes materiais e os seus aspetos sensoriais, por vezes, não é a mais adequada, por exemplo, ao construir puzzles (algo que o A. consegue fazer corretamente) muitas vezes alinha as peças, sem procurar encaixá-las nos locais corretos.

A sua atividade preferida neste domínio é a pintura com o pincel mas o A. ainda revela algumas dificuldades no que toca a realizar pinça fina para pegar no mesmo. Para além disto, no que toca a tudo o que se trata de movimentos mais minuciosos e de precisão, como é o caso de cortar com a tesoura e de pintar dentro dos limites de um desenho, o A. também apresenta bastantes dificuldades.

Cognição: A nível da Cognição o A. restringe muito a sua atenção às suas áreas de interesse, como é o caso das atividades plásticas e de música, para além disto, revela bastantes capacidades na construção de puzzles e noutros jogos em geral.

Apresenta, também, boa memória e uma certa obsessão por alguns brinquedos que, no entanto, nem sempre explora de forma mais adequada, como é o caso de um comboio e de um autocarro. No caso do comboio, pode-se dizer que a brincadeira preferida do A. é construir uma linha de comboio com peças de lego e colocar o comboio a andar indefinidamente pela mesma.

Por vezes, quando lhe são sugeridas atividades com que não se encontra tão familiarizado, recusa. A nível da permanência na tarefa esta é bastante limitada uma vez que o A. não se consegue manter sentado e concentrado durante muito tempo para além de apresentar uma grande dificuldade em se organizar na própria tarefa. Muitas vezes,

apesar de possuir capacidades para tal, tem dificuldades em realizar uma tarefa sempre que a mesma apresenta mais do que uma etapa (realiza apenas a primeira parte da tarefa corretamente).

Linguagem e Comunicação: Devido ao seu diagnóstico inserido nas PEA, a área da Linguagem e da Comunicação é a área em que o A. apresenta mais dificuldades afetando todas as restantes áreas. De acordo com isto, o A. foi inicialmente descrito como uma criança cujas capacidades básicas de comunicação se encontravam de tal forma perturbadas que não revelava qualquer intenção comunicativa, expressando apenas o desagrado.

Neste momento apesar de o seu discurso se caracterizar, maioritariamente, por gestos e por um jargão próprio, o A. já demonstra alguma intenção de comunicação, dirigindo-se ao adulto quando deseja algo que não consegue alcançar pelos seus próprios meios dizendo, mesmo, algumas palavras com sentido.

Ainda não responde adequadamente a ordens verbais mas algumas das funções que inicialmente se encontravam ausentes, começam agora a surgir, como é o caso da nomeação de objetos em que o A. já nomeia alguns objetos e animais como pato, cão, maçã, entre outros. Já começa, também, a construir frases de duas palavras como o “senta aqui” que utiliza quando deseja interagir com o adulto.

Relativamente ao verbalizar as suas necessidades o A. ainda revela grandes dificuldades e no que toca à atenção na tarefa, esta continua a ser bastante limitada restringindo-se às atividades preferidas do A., como é o caso do comboio e do jogo de encaixes.

Para além de tudo o que já foi dito, apresenta ecolália imediata respondendo, algumas vezes, às perguntas que lhe são feitas com a última palavra presente nas mesmas, ou repetindo o que o adulto lhe diz.

Em conclusão, as capacidades de compreensão e de expressão são aquelas em que o A. apresenta mais dificuldades.

Competências Sociais: A nível das interações sociais o A. pode ser caracterizado como uma criança muito doce, que gosta muito de mimos e não gosta de estar sozinho, no entanto, apesar da sua grande capacidade para expressar os seus afetos, não existe uma resposta adequada para com o outro, e a resposta que existe caracteriza-se pela pouca variação e por ser diferenciada entre o adulto e os pares.

Relativamente ao adulto, o A. revela algum interesse nesta relação. Apesar de inicialmente nem se deixar abraçar pelo mesmo, atualmente, procura o adulto em qualquer situação de desconforto e cumprimenta dando um beijo ou um abraço, desde que com pedido prévio, e já diz adeus com a mão por imitação. Quando o adulto se encontra perto de alguma atividade de que gosta, procura-o.

Em contexto de brincadeira responde adequadamente a alguns gestos e repete ações, após observação.

No que toca à relação com os pares o A. insere-se em brincadeiras de pequeno grupo e tanto é procurado como procura os pares para as brincadeiras, no entanto, apresenta frequentemente comportamentos agressivos em situações de confronto direto e quando algum dos seus colegas interfere nalguma brincadeira que o A. goste de realizar sozinho, como é o caso do comboio.

A nível do contacto ocular este é bastante raro e fugaz.

Para além disto, pode dizer-se que o A. gosta bastante sempre que recebe elogios e reforços positivos ao seu comportamento.

Autonomia: A nível da autonomia o A. pode ser caracterizado como uma criança relativamente autónoma e sempre que deseja algo tenta alcançar pelos seus próprios

meios. Vai à casa de banho sozinho e, desde que largou as fraldas, comunica sempre as suas necessidades ao adulto, controlando muito bem os esfíncteres.

Relativamente à alimentação, esta é um processo bastante complicado uma vez que o A. se recusa a comer qualquer tipo de alimento que se encontre misturado, comendo apenas um alimento de cada vez.

No que toca ao vestir-se e despir-se, o A. já descalça as meias e despe as calças, sozinho.

Necessita de dormir a sesta e, para além disto, não aceita bem qualquer alteração da sua rotina normal.

5.3.3) Planeamento da Intervenção – Objetivos

Em qualquer processo de intervenção, após a realização da avaliação segue-se o estabelecimento de objetivos. Desta forma, os objetivos que se seguem, definidos por domínios de desenvolvimento, têm por base toda a avaliação anteriormente descrita:

<u>Domínio de Desenvolvimento</u>	<u>Objetivos Comportamentais</u>
Motricidade Global	<p><i>Marcha:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de ficar em apoio unipedal durante 10 segundos, sem ajuda; • Ser capaz de saltar a pés juntos. <p><i>Capacidades Manipulativas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de atirar uma bola para um alvo a 1 metro de distância, sem ajuda; • Ser capaz de chutar uma bola para um alvo a 2 metros de distância, sem ajuda; • Ser capaz de mover diferentes partes do corpo independentemente, sem ajuda.
Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a capacidade de utilizar as duas mãos cooperativamente; • Ser capaz de realizar pinça fina, sem ajuda; • Promover o desenho de linhas horizontais e verticais através de imitação; • Ser capaz de pintar dentro dos limites; • Ser capaz de fazer bolas de barro ou plasticina.
Cognição	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de construir puzzles com recortes, de 6 peças ou mais; • Ser capaz de apontar 4 partes do corpo, sem ajuda; • Ser capaz de apontar 4 cores diferentes, sem ajuda; • Ser capaz de selecionar objetos pela sua função; • Ser capaz de realizar associações e separar objetos por características; • Ser capaz de imitar sequências de ritmos; • Descrever ações em figuras (ex.: ao ver uma imagem de uma menina a comer dizer que ela está a comer).

Linguagem e Comunicação	<p><i>Linguagem Compreensiva:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Parar o que está a fazer em resposta a um “para” ou um “não” do adulto, sem ajuda; • Ser capaz de seguir instruções de uma só etapa, sem ajuda; • Ser capaz de indicar a idade pelos dedos, quando lhe perguntam; • Ser capaz de ouvir uma história durante 3 minutos. <p><i>Linguagem expressiva:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Responder à pergunta "o que estás a fazer?"; • Ser capaz de nomear 4 ou mais partes do corpo; • Ser capaz de utilizar adjetivos comuns (grande, quente, etc.); • Ser capaz de utilizar pronomes corretamente; • Ser capaz de contar até 10.
Competências Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de aceitar e cumprir ordens; • Ser capaz de dizer "por favor" e "obrigado" em contexto; • Iniciar interação em situação de jogo em pequeno grupo; • Ser capaz de partilhar brinquedos; • Ser capaz de compreender emoções; • Ser capaz de esperar pela sua vez; • Diminuir as atitudes de oposição frequentes.
Autonomia	<p><i>Higiene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de limpar as mãos sozinho; • Ser capaz de lavar a cara sozinho. <p><i>Alimentação:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de beber por um copo, sem ajuda; • Ser capaz de comer com uma colher sem ajuda. <p><i>Vestuário:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de ajudar a despir-se; • Ser capaz de ajudar a vestir-se; • Ser capaz de calçar as meias sem ajuda; • Ser capaz de vestir uma camisola, sem ajuda.

Quadro 5: Objetivos de Intervenção estabelecidos para o A.

Destes objetivos definidos, alguns mostravam-se de maior relevância para o desenvolvimento da criança. Como tal, durante as sessões de Intervenção Precoce a frequência com que cada um foi trabalhado não foi equitativa, apresentando a seguinte distribuição:

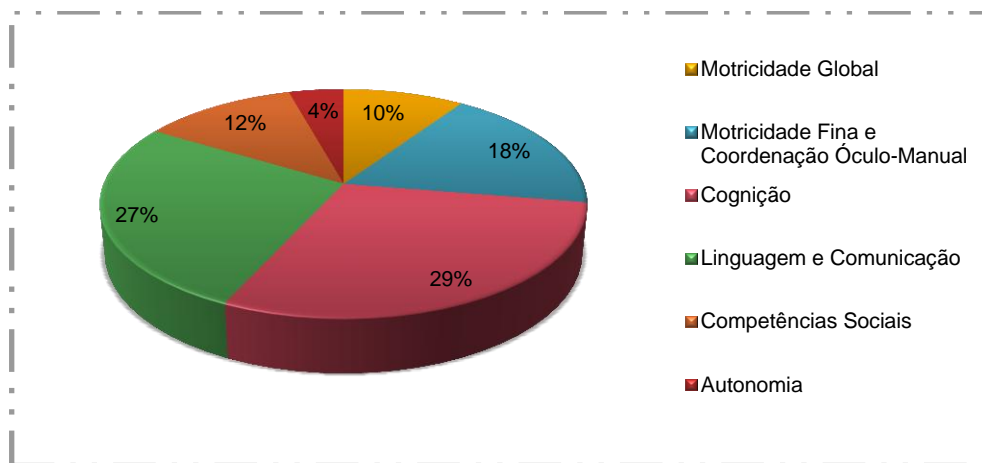


Gráfico 7: Frequência com que cada Área de Desenvolvimento foi trabalhada nas sessões com o A.

5.3.4) Tipologia das Sessões

Como já foi dito anteriormente, as sessões com o A. decorreram no sótão da instituição onde se encontrava a sala disponibilizada para a realização das intervenções.

Devido ao tipo de perturbação associada (Perturbação do Espectro do Autismo), uma tipologia de sessões com fases bastante distintas foi essencial no estabelecimento de uma rotina na vida do A. Como tal, procurou-se que todas as sessões contivessem um momento inicial, em que se cumprimentava e era estabelecido o contacto com a criança e a estagiária se dirigia com esta para o andar superior onde se realizavam as sessões; um “Ritual de Entrada” em que a criança, juntamente com a estagiária, dançava uma música do “Panda” que tinha como objetivo cativar a criança para a sessão e realizar uma pequena ativação geral de todo o corpo; um momento de “Desenvolvimento da Sessão” em que se realizavam as atividades planeadas para a sessão de modo a atingir os objetivos estabelecidos; um “Ritual de Saída” onde era permitido à criança escolher uma última atividade a realizar; e um momento final em que se arrumava o material utilizado durante a sessão, em que a estagiária se dirigia com a criança para a sala desta e se procedia à despedida.

Dado o “Ritual de Saída” ser um momento de prémio, apenas se realizava quando o comportamento da criança fosse adequado durante a sessão.

Apesar desta estrutura pré-estabelecida, sempre que se verificava a existência de alguma atividade extra na instituição, coincidente com o horário da sessão, a estagiária permanecia junto da criança e procurava fornecer o apoio necessário à mesma.

5.3.5) Estratégias de Intervenção Utilizadas

O início da intervenção com o A. começou em contexto de inclusão de sala de aula. No entanto, à medida que se realizavam as sessões foi possível perceber que o A. beneficiaria muito mais numa intervenção em contexto individualizado. Como tal, adaptou-se o tipo de intervenção e esta passou a ser realizada, como já foi dito anteriormente, numa sala disponibilizada para o efeito.

Para além disto, inicialmente o A. não aceitou, de todo, a presença da estagiária fugindo sempre que esta se tentava aproximar. Pelo que foi bastante importante, nesta fase, tentar ir de encontro aos interesses da criança de modo a criar um vínculo mais aprofundado com a mesma, estabelecer uma relação securizante e ganhar a sua

confiança.

A primeira vez que a sessão foi realizada na sala localizada no sótão, a resistência do A. foi tal que foi necessário terminar a sessão de intervenção mais cedo uma vez que a criança não parou de chorar. Foi por isso necessário adaptar uma nova estratégia: a utilização das músicas do “Panda” no início das sessões. Esta foi a estratégia com melhores resultados durante a intervenção uma vez que a criança gostava tanto deste momento que, apesar de inicialmente resistir um pouco a deslocar-se com a estagiária para o andar de cima, à medida que as sessões foram decorrendo a criança começou a pedir para ouvir o “Panda” assim que via a estagiária, subindo as escadas por livre vontade e chamando a estagiária sempre que esta se deixava ficar para trás.

Outra das estratégias utilizadas foi a inclusão de uma atividade de recompensa no final de cada sessão. Em geral o A. pedia para realizar algum jogo que se encontrasse disponível na sala mas que, normalmente não realiza durante as sessões, ou para ver o elétrico e o comboio à janela. Sabendo que isto só poderia acontecer caso se portasse bem durante a sessão e realizasse o que lhe era pedido, foi possível controlar melhor o comportamento do A. bem como prender a sua atenção nas tarefas durante mais tempo.

A utilização do reforço positivo foi outro aspeto essencial na intervenção com o A., uma vez que a criança ficava bastante mais satisfeita consigo mesma reduzindo a sua frustração e aumentando a sua auto-estima, e ganhava um novo incentivo para a realização das atividades.

No que toca à linguagem utilizada durante as sessões, procurou-se que esta fosse o mais simples possível, e sempre que se verificava necessário utilizava-se a exemplificação após a instrução de modo a que o A. compreendesse melhor o que era pedido. Para além disto, procurou-se, também, estimular a linguagem e a comunicação do A., insistindo que este verbalizasse as suas necessidades, bem como nomeasse diferentes objetos durante todas as sessões.

As áreas fortes da criança foram sempre o ponto de partida para trabalhar os objetivos pré-estabelecidos e o tempo disponibilizado para a realização das tarefas foi sempre o necessário para a criança, mesmo que isso implicasse a não realização de alguma tarefa planeada. Para além disso a interação constante com a estagiária foi também uma fonte de motivação para o A.

Apesar de a intervenção se realizar em contexto individual, sempre que possível a estagiária procurou permanecer no espaço natural da criança, na sua sala de aula ou no recreio, de modo a observar e apoiar na sua interação com os pares, dado esta ser uma área em que o A. possuía algumas dificuldades, características do seu diagnóstico.

Ao longo de todo o processo de intervenção a articulação com a Educadora da sala foi também um aspeto de maior relevância uma vez que tornou possível perceber melhor a evolução do A. bem como adaptar estratégias e coordenar a intervenção com os aspetos que a Educadora se encontrava a trabalhar na sala de aula.

5.3.6) Resultados do Processo de Intervenção

Tal como aconteceu para os dois casos anteriores, a avaliação final do A. também se caracterizou por uma avaliação informal. Neste caso, esta avaliação final teve também por base o inventário de comportamentos construído para a avaliação inicial.

Como tal, será apresentada uma descrição qualitativa da evolução do A. nos vários domínios do desenvolvimento considerados, seguida de um gráfico de perfil de desenvolvimento baseado no inventário de comportamentos utilizado, cujo objetivo será comparar a avaliação inicial com a avaliação final do A. e fornecer uma visão quantitativa da evolução da criança e, por fim, será apresentado um gráfico referente à percentagem de objetivos alcançados.

Motricidade Global: Como se pode observar na avaliação inicial, a área da Motricidade Global era a área que desenvolvimento em que o A. apresentava melhores resultados, sendo que esta condição se manteve para a Avaliação Final.

Neste momento o A. continua a apresentar competências adequadas para a sua idade sendo que adquiriu novas capacidades. Atualmente, apesar de um pouco descoordenado, já é capaz de saltar a pés juntos, já procura atirar uma bola para um alvo a 1 metro de distância, apesar de ainda apresentar dificuldades em acertar no mesmo, e já chuta uma bola fazendo-a passar por baixo de uma mesa colocada a dois metros de distância.

Para além disto a sua noção corporal melhorou bastante, o que favoreceu o movimento independente de diferentes partes do corpo de acordo com diferentes instruções.

A nível da Motricidade Global também, o A. já se mantém sentado no mesmo local por períodos de tempo mais prolongados sendo apenas necessária uma instrução verbal quando a criança começa a tentar levantar-se, os seus comportamentos repetitivos, como o abrir e fechar portas, já não são tão frequentes e a sua locomoção já não se caracteriza por uma marcha em bicos de pés, o que favorece o equilíbrio da criança, facto que se reflete, por exemplo, na capacidade de conseguir subir e descer as escadas a correr, sem apoio.

Motricidade Fina: No que toca ao domínio da Motricidade Fina, apesar de inicialmente não ser considerado uma das áreas mais fracas do A., verificou-se necessário trabalhar alguns aspetos que exigissem do A. uma maior precisão e um maior controle de movimentos. Desta forma, a intervenção a este nível focou-se, principalmente, na realização de pinça fina, surtindo efeitos bastante positivos.

Neste domínio, algumas das aquisições da criança prendem-se com o já ser capaz de realizar uma pinça fina bem definida e com oposição do polegar e do indicador, controlar mais o movimento no que toca a pintar dentro dos limites, saindo pouco dos mesmos, fazer folas com plasticina e já ser capaz de colocar e retirar pinos de uma tábua de encaixe.

Para além disto utiliza as duas mãos mais cooperativamente que na avaliação inicial, o que se torna uma vantagem para os movimentos que exigem mais precisão.

Neste momento já apresenta, também, emergente a capacidade de desenho da figura humana, capacidade essa que se encontrava totalmente ausente na avaliação inicial. Numa das sessões finais o A. já demonstrou ser capaz de desenhar a cabeça, os braços e as pernas colados à cabeça, os olhos, o nariz e a boca.

Cognição: A nível da Cognição o A. continua a restringir bastante a sua atenção às suas áreas de interesse. Apesar disso pode dizer-se que este foi o domínio em que a criança apresentou uma maior evolução, dado que dos 7 objetivos propostos apenas um não foi alcançado, sendo que os restantes foram totalmente ou parcialmente alcançados.

Desta forma, o A. já demonstra ser capaz de construir puzzles com recortes, de mais de 6 peças, desde que se lhe vá dando uma peça de cada vez sem ordem específica, ser capaz de apontar mais de 4 partes do corpo em si mesmo e numa imagem (mãos, braços, pés, pernas e todos os elementos da cara/cabeça), já é capaz de apontar 4 cores diferentes sem ajuda (vermelho, azul, verde e amarelo), ser capaz de selecionar alguns objetos pela sua função (escova para se pentear), já separa objetos por características específicas como a cor ou o tamanho (grande e pequeno) e já descreve algumas ações em figuras.

Apesar de ainda apresentar um leque de interesses um pouco restrito, já demonstra ser capaz de participar em novas atividades que inicialmente não se sentia à vontade

para realizar.

Por fim já demonstra uma maior capacidade de permanência na tarefa bem como de organização na mesma, seguindo melhor instruções verbais.

Linguagem e Comunicação: Dado o seu diagnóstico inserido nas PEA, como foi dito inicialmente, o A. apresenta grandes dificuldades no domínio da Comunicação e Linguagem, que afetam todas as restantes áreas.

Apesar disto, durante esta intervenção foi possível observar uma grande evolução nesta área.

Atualmente, a nível da Linguagem Compreensiva, pode dizer-se que o A. já é capaz de cumprir uma ordem verbal de uma ou duas etapas, apontar diferentes objetos a pedido e já diferencia o grande do pequeno. No entanto, foi a nível da Linguagem Expressiva que se verificou a maior evolução. Neste momento o A. já é capaz de nomear diferentes objetos, animais, formas (círculo e quadrado), nomear diferentes cores e várias partes do corpo (mãos, braços, pés, pernas e todos os elementos da cara/cabeça). Para além disto também já é capaz de contar até 10 e de cantar canções infantis (desde que sejam do seu agrado).

Apresenta bastante intenção comunicativa, procurando o adulto quando deseja interagir, chamando pelo seu nome e, relativamente ao seu discurso, propriamente dito, já constrói frases de mais de 5 palavras (“o comboio tem as portas abertas”), mas ainda apresenta jargão próprio e alguma ecolália imediata.

Em conclusão pode dizer-se que esta foi uma das áreas em que o A. apresentou uma maior evolução.

Competências Sociais: A área das Competências Sociais é outras das áreas em que normalmente as crianças com Autismo possuem mais dificuldades. De acordo com isto, inicialmente o A. foi descrito como uma criança que, apesar de muito doce e capaz de expressar os seus afetos e as suas emoções, não apresentava uma resposta adequada para com o outro.

Apesar de, também a este nível, ter apresentado alguma evolução, o A. continua a evidenciar algumas dificuldades no que toca a adequar as suas respostas em função das situações e dos contextos em que se encontra, sendo que por vezes ainda apresenta comportamentos agressivos quando se sente desconfortável com alguma situação.

Apesar disso, neste momento, já aceita e cumpre ordens com mais facilidade que na Avaliação Inicial, já inicia interação em situação de jogo em pequeno grupo, já aceita partilhar brinquedos com alguns dos seus pares, já demonstra ser capaz de compreender emoções dando, esporadicamente, abraços e fazendo festinhas a quem se encontra triste, e já é capaz de esperar pela vez, desde que lhe seja dada instrução prévia.

A sua relação com o adulto continua a ser diferenciada da relação com os pares. Neste momento já aceita bastante mais a interação com os pares mas continua a dar preferência à interação com o adulto.

Ainda apresenta pouco contacto ocular, sendo que é preciso insistir bastante com a criança para olhar para algo.

As suas atitudes de oposição ainda são visíveis mas aceita melhor o que lhe é pedido e acalma-se mais facilmente quando é contrariado.

Por fim ainda gosta bastante de receber elogios, o que se torna um incentivo para a realização de algumas atividades.

Autonomia: O domínio da autonomia foi o menos trabalhado durante as sessões dado inicialmente não ser uma das áreas mais problemáticas da criança e dado a intervenção a nível dos outros domínios se apresentar mais pertinente visto esta área ser trabalhada diariamente em contexto de sala.

Apesar disto, no final da intervenção o A. apresentou algumas novas aquisições, sendo que podemos destacar: o já ser capaz de lavar e limpar as mãos e a cara sozinho, no que toca à sua higiene, e já ser capaz de beber por um copo e comer com uma colher ou um garfo sem ajuda (apenas necessita de apoio quando se recusa a comer algum alimento, visto ainda não aceitar totalmente a mistura de alimentos), e de ajudar a pôr e a levantar a mesa, no que toca aos momentos da alimentação. A nível do vestuário já se despe, também sem ajuda, para dormir, e já ajuda a vestir-se.

Para além disto, nas restantes áreas, ainda se mantém uma criança bastante autónoma que procura alcançar o que deseja pelos seus próprios meios.

As alterações na sua rotina continuam a ser um problema uma vez que o deixam bastante confuso e frustrado.

Como já foi dito, esta avaliação informal teve, também, por base um Inventário de comportamentos assente nas escalas de desenvolvimento “Schedule of Growing Skills” (SGS) e “Developmental Observation Checklist System” (DOCS), no “Psychoeducational Profile: Third Edition” (PEP-3) e no livro “Steps to Independence” de Bruce Baker e Alan Brightman, pelo que se segue um gráfico de perfil de desenvolvimento onde se pode comparar quantitativamente a avaliação inicial com a avaliação final do A.⁶:

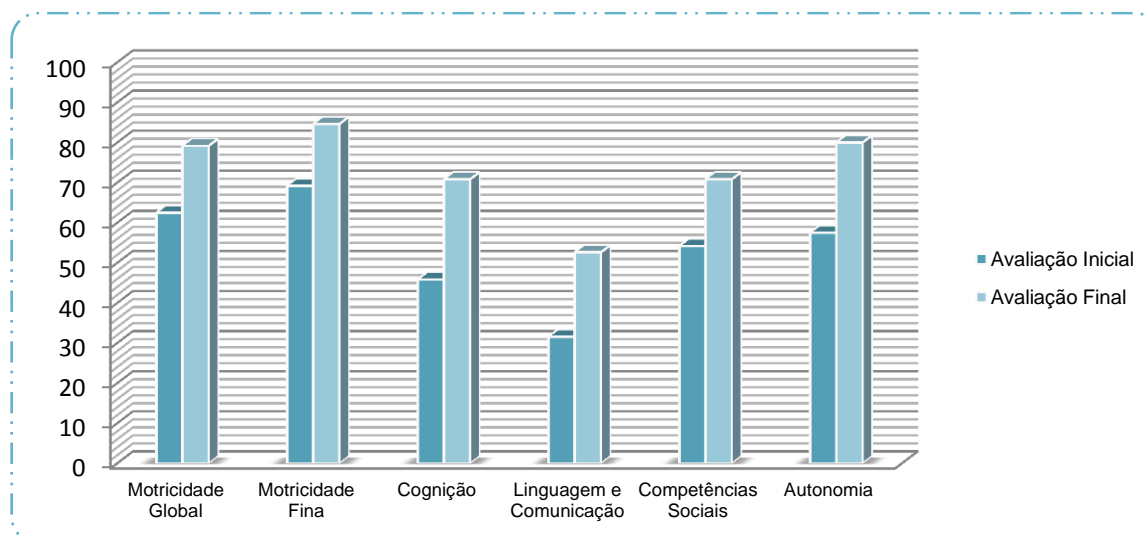


Gráfico 8: Avaliação Inicial vs. Avaliação final do A. (comparação quantitativa)

Como se pode observar no Gráfico 8, após 4 meses de intervenção existiu uma evolução quantitativa a todos os níveis, sendo que uma maior evolução ocorreu a nível do domínio da Cognição, o que se enquadra no que foi descrito na avaliação qualitativa.

De acordo com o mesmo Gráfico, pode observar-se claramente que na Avaliação Inicial a área da Linguagem e Comunicação era a área mais fraca do A. e a Motricidade Fina a área mais forte. Condição que se manteve na Avaliação Final, apesar da evolução geral a todos os níveis.

Por fim, o Gráfico 8 vai de encontro a tudo o que foi dito na avaliação qualitativa. Como tal, é possível concluir que esta intervenção foi bastante positiva para o A. uma vez que a criança evoluiu bastante a todos os níveis, apesar de apresentar, ainda, algumas dificuldades típicas das PEA.

⁶ Em anexo é possível encontrar tanto a Avaliação Inicial do A. como a Avaliação Final realizada com o Inventário de Comportamentos construído (Anexo III e Anexo XI, respetivamente).

Tal como foi no ponto 5.3.2, no final da intervenção o A. foi também avaliado com a Escala de Observação dos Comportamentos Sociais para Crianças de Idade Pré-escolar em Ambientes de Integração (preenchida pela educadora que acompanha a turma e o A.). Desta forma, e atribuindo 2 pontos aos itens cotados com “+”, um ponto aos cotados com “+/-” e zero pontos aos itens cotados com “-” podemos verificar que na avaliação inicial o A. obteve uma pontuação de 18, numa turma que, no geral, obteve 26 pontos, e na avaliação final o A. obteve uma pontuação de 23, estando incluído numa turma que se enquadrava na pontuação máxima (30 pontos), denotando uma melhoria significativa a nível dos Comportamentos Sociais.

Ainda de acordo com esta escala a educadora do A. indica que a criança melhorou bastante o seu comportamento, bem como a sua atenção, já inicia interação e imita outras crianças, e começa a respeitar os pertences dos outros⁷.

Segue-se, agora, o gráfico referente à percentagem de objetivos alcançados durante os 4 meses de intervenção:

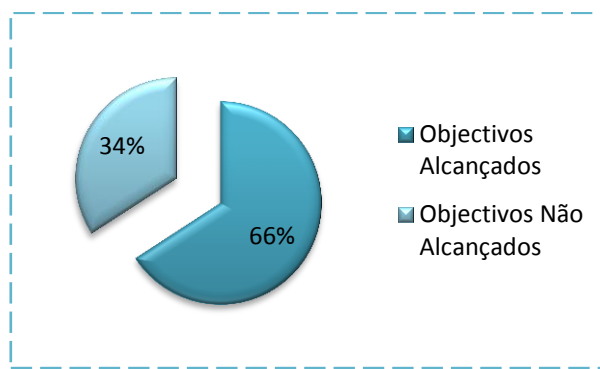


Gráfico 9: Percentagem de Objectivos Alcançados e Não Alcançados durante a intervenção com o A.

De acordo com o que é possível observar no Quadro 5, após a avaliação inicial foram estabelecidos 41 objetivos que se pretendia que o A. S. concretizasse durante a intervenção. Em resultado, desses 41 objetivos foram alcançados 27 o que corresponde a uma percentagem de 66%, sendo que os restantes 14 apesar de emergentes não foram totalmente alcançados, correspondendo a uma percentagem de 34%.

Apesar de não terem sido concretizados todos os objetivos propostos, os 66% de objetivos alcançados mostram que esta intervenção surtiu um resultado positivo no desenvolvimento do A.

Em suma, após uma análise qualitativa e quantitativa da intervenção com o A. é possível concluir que esta intervenção foi significativa no desenvolvimento da criança, surtindo efeitos positivos em todos os domínios do seu desenvolvimento, tanto qualitativa como quantitativamente.

Importa também referir que a evolução do A. se deveu, não só a esta intervenção como também, às sessões de Intervenção Precoce, de Terapia da Fala e de Equitação Terapêutica, que a criança frequentou durante o ano letivo. Estas sessões mostraram-se bastante importantes para o desenvolvimento da criança dado proporcionarem um trabalho continuado e diferenciado nas diferentes áreas de desenvolvimento desta.

Para além disto, o contacto permanente com a Educadora do A. foi também uma mais-valia de modo a acompanhar o desenvolvimento da criança nos seus contextos

⁷ Em anexo é possível encontrar tanto a Avaliação Inicial como a Avaliação Final realizada com a Escala de Observação dos Comportamentos Sociais para Crianças de Idade Pré-escolar em Ambientes de Integração (Anexo IV e Anexo XII, respetivamente).

naturais do dia-a-dia e fora das sessões, e de modo a favorecer a passagem de estratégias.

Por fim, apesar da evolução ocorrida a todos os níveis, o A. continua a evidenciar algumas dificuldades características das PEA, como é o caso das dificuldades a nível da Linguagem e Comunicação. Desta forma, futuramente a criança deverá poder continuar a usufruir de um apoio geral que vise promover todas as áreas do seu desenvolvimento, bem como de um apoio diferenciado para a área da Comunicação e Linguagem⁸.

6) Dificuldades e Limitações

Como em qualquer outro contexto de intervenção, durante a realização deste estágio foram sentidas algumas dificuldades e algumas limitações, e algumas mais esperadas do que outras.

Desta forma, a principal dificuldade verificou-se no início do estágio, no momento de estabelecer os horários de intervenção. Dado que o estágio foi repartido em dois locais diferentes, foi um pouco complicado estabelecer os dias mais indicados para cada local visto as crianças possuírem horários bastantes distintos umas das outras e já possuírem outras atividades e terapias complementares como a Terapia da Fala.

Por outro lado, uma dificuldade sentida na Cercizimbra foi o facto de esta instituição abranger diferentes concelhos de Sesimbra o que implicava algumas deslocações, até às respetivas instituições, um pouco demoradas, o que diminuía bastante o tempo disponível para a realização, propriamente dita, das sessões.

Já no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém a maior dificuldade sentida prendeu-se com o contacto com uma perturbação totalmente desconhecida: a Síndrome de Wolf-Hirschhorn, o que dificultou o estabelecimento de objetivos alcançáveis para a criança.

Por fim algumas dificuldades naturais ocorreram no início das intervenções, no momento de estabelecer uma relação e conquistar a confiança das crianças, bem como conseguir desenvolver estratégias adequadas e eficazes de modo a cativá-las para as sessões. Para além disto, apesar de a Intervenção Precoce ser realizada preferencialmente no contexto natural em que as crianças se inserem, por vezes foi um pouco complicado realizar algumas das atividades previstas nestes espaços devido ao envolvimento de outras crianças da sala de aula.

Relativamente às limitações, a maior limitação deste estágio relacionou-se com o facto de não ter sido possível avaliar as crianças acompanhadas formalmente e em contexto individual, nos dois locais de estágio. Na Cercizimbra devido ao facto de as crianças terem sido avaliadas recentemente antes do início da intervenção e no Abrigo Infantil devido a não ter sido dada autorização para tal.

Por fim, uma outra limitação sentida foi a nível do contacto com as famílias que foi bastante reduzido relativamente ao que seria desejável.

7) Atividades Complementares de Formação

Durante a realização do estágio foram realizadas algumas atividades complementares de formação, em conjunto com a estagiária Tânia Lopes, sendo que de entre elas se pode destacar:

⁸ Em anexo é possível encontrar uma Ficha de Apoio aos Pais e o respetivo Plano de Intervenção do A. (Anexo VII).

- A manualização do projeto “Cursinho para Famílias” da Cercizimbra, em colaboração com a Dr.^a Isabel Cruz (Técnica de Política Social e Terapeuta Familiar da Cercizimbra), onde se encontram descritos os princípios básicos do projeto e, principalmente, onde se incluem algumas sugestões de atividades para serem realizadas ao longo das sessões bem como sugestões da passagem destas para o ambiente natural das crianças, ou seja, a sua casa⁹;
- Atualização dos PDI’s utilizados no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém, em conjunto com as Educadoras desta instituição¹⁰; e
- Tradução da Escala “Social Skills Checklist” (“Escala de Competências Sociais”) incluída no Projeto DATA da Universidade de Washington em 2004. Esta trata-se de uma tradução provisória, uma vez que ainda não foi corrigida¹¹.

⁹ Em anexo é possível encontrar o Manual Elaborado para o projeto “Cursinho para Famílias” (Anexo XIII).

¹⁰ Em anexo é possível encontrar os PDI’s elaborados para o Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém (Anexo XIV).

¹¹ Em anexo é possível encontrar a tradução da Escala “Social Skills Checklist” (Anexo XV).

IV – CONCLUSÃO, SÍNTESE GERAL E PERSPETIVAS PARA O FUTURO

Tal como foi dito inicialmente, com este relatório pretendeu-se apresentar todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio profissionalizante, realizado no âmbito da Intervenção Precoce e inserido no Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana.

Como tal, importa agora referir que este estágio foi uma experiência bastante enriquecedora em todos os aspetos, começando pela experiência ganha, passando pelos conhecimentos travados e terminando com os novos conhecimentos adquiridos.

Todo o trabalho desenvolvido tanto na Cercizimbra como no Abrigo Infantil de Santa Maria de Belém proporcionou, ainda, um contacto alargado com outros profissionais, favorecendo a troca de informações sobre as crianças acompanhadas, a exposição de incertezas e a partilha de opiniões, entre outras coisas, permitindo, mais uma vez, a aquisição de novos conhecimentos e novas competências.

As problemáticas acompanhadas, bem como a idade das crianças foram, em tudo, o mais diversificadas possível, pelo que foi pertinente realizar intervenções também bastante distintas umas das outras, sendo necessário aplicar o conhecimento adquirido em todos as áreas de formação.

Sem dúvida que o melhor método de intervenção é o trabalho em equipa. Quando diferentes profissionais lutam por um mesmo objetivo, ou seja, o bem-estar das crianças acompanhadas, torna-se muito mais fácil atingir os objetivos pretendidos e potencializar o total desenvolvimento da criança, tendo em conta as suas necessidades.

E sem dúvida que as crianças são o ser mais especial que existe, na sua natureza pura e simples. Sendo que cada uma é diferente e única, não sendo possível, nunca, generalizar o tipo de trabalho desenvolvido na área da Intervenção Precoce.

Tendo em conta o tipo de intervenção que atualmente é realizada em Portugal fez, também, todo o sentido a abordagem centrada na família e a intervenção nos contextos naturais das crianças. Como tal, foi possível perceber, realmente, a importância da família no que toca ao envolvimento desta no desenvolvimento dos seus filhos e as vantagens que daí advém. Já no que toca á intervenção no contexto natural das crianças, esta foi particularmente importante na conquista da confiança das mesmas, uma vez que torna o ambiente bastante menos intrusivo do que uma intervenção individual, sem esquecer que todas as crianças presentes numa sala de aula enriquecem, em tudo, uma intervenção.

Apesar de tudo, o facto de se tornar possível aplicar grande parte do conhecimento adquirido ao longo da formação em Reabilitação Psicomotora permitiu perceber, também, que ainda existe um longo caminho a percorrer no que toca ao aprofundamento das competências profissionais. Como tal, neste momento é ainda necessário um investimento mais acentuado e específico em algumas áreas do conhecimento, sendo que, neste momento, a formação continuada se torna imperativa e não opcional.

Por último, toda a pesquisa de informação realizada, bem como os trabalhos complementares de formação realizados proporcionaram uma aquisição alargada de conhecimentos, para além da prática.

Acima de tudo esta foi uma experiência que permitiu um crescimento e uma maturação tanto a nível pessoal como profissional. E só com o passar dos anos e a aquisição de novas competências se tornará possível o aperfeiçoamento da prática realizada.

V – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., Portugal, G., Santos, P., & Serrano, A. M. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projeto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, 1 (XXIX), 83-98.

American Psychiatric Association (1996). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington: APA.

Antonius, T., Draaisma, J., Levtchenko, E., Knoers, N., Renier, W., & Ravenswaaij, C. (2008). Growth charts for Wolf-Hirschhorn syndrome (0-4 years of age). *European Journal of Pediatrics* 167, 807-810.

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

Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) (2007). Retirado a 29 de Maio de 2012 de: <http://www.anip.net/>

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s/d). Retirado a 25 de Maio de 2012 de: <http://www.appsicomotricidade.org/>

Assumpção Jr., F. B., & Pimentel, A. C. M. (2000). Autismo infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl-II), 37-39.

Aviña F., J. A., & Hernández A., D. A. (2008). Síndrome de Wolf-Hirschhorn: Microdelección distal del brazo corto del cromosoma 4. *Revista Chilena de Pediatría*, 79 (1), 50-53.

Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2002). Contributos para o estudo das práticas de Intervenção Precoce em Portugal. Lisboa: Departamento da Educação Básica, NOEEE, Ministério da Educação.

Baker, B. L., & Brightman, A. J. (1997). Steps to Independence: A Skills Training Guide for Parents and Teachers of Children with Special Needs. Terceira Edição, Baltimore: Brookes.

Belengeanu, V., Rozsnyai, K., Lacatusu, A., Farcas, S., & Gug, C. (2004). Wolf-Hirschhorn Syndrome – a case with 4p16 deletion Demonstrated by standard chromosome analysis. *Timisoara Medical Journal*, 54 (4), 354-357.

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

Bergemann, A. D., Cole, F., & Hirschhorn, K. (2005). The etiology of Wolf-Hirschhorn syndrome. *Trends in Genetics*, 21 (3), 188-195.

Borsel, J. V., Grande, S. D., Buggenhout G. V., & Fryns, J. (2004). Speech and language

in Wolf-Hirschhorn syndrome: a case-study. *Journal of Communication Disorders* 37, 21-33.

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

Bricker, D., & Cripe, J. J. W. (1992). *An Activity-Based Approach to Early Intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Camargo, S. P. H., & Bosa, C. A. (2009). Competência Social, Inclusão Escolar e Autismo: Revisão Crítica da Literatura. *Psicologia & Sociedade* 21 (1), 65-74.

Carvalho, G., Vergani, N., & Brunoni, D. (2004). Genetics of autism. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 269-271.

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 a 13 de Julho de 2012 de: <http://www.Cercizimbra.org.pt/>

Costa, A. M., & Rodrigues, D. A. (1999). Country briefing. Special education in Portugal. *European Journal of Special Needs Education*, 14 (1), 70-89.

Delfrate, C. B., Santana, A. P. O., & Massi, G. A. (2009). A Aquisição de Linguagem na Criança com Autismo: Um Estudo de Caso. *Psicologia em Estudo*, 14 (2), 321-331.

Duarte, R. C. B., Borges, P. V. G., Novaes, R. S., Carvalho, R. M., Colonnelli, G., & D'Oliveira, M. S. (2007). Wolf-Hirschhorn Syndrome (Terminal Deletion of the Short Arm of Chromosome 4p): Case Report. *Revista Paraense de Medicina*, 21 (3), 53-57.

Equipa técnica do CADIn (2005). A Psicomotricidade no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil - CADIn. *A Psicomotricidade*, 5, 77-85.

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

Fonseca, V. (2001a). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade*, 13-28. Cruz Quebrada: Edições FMH.

Fonseca, V. (Eds.) (2001b). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.

Franc, N. (2002). En torno al juego y la intervención psicomotriz. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5, 33-46.

Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11 (1), 113-121.

Franco, V., & Apolónio, A. M. (2008). *Evaluation of Early Intervention Impact in Alentejo*:

child, family and community. Évora: Administração Regional Saúde do Alentejo.

Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N. T. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Jornal de Pediatria*, 80 (Supl-II), 83-94.

Gómez, S. L., Torres, R. M. R., & Ares, E. M. T. (2009). Revisões sobre el Autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 555-570.

Griffiths, R. (1984). *The Habilities of Young Children – A comprehensive system of mental measurement for the first eight years of life*. The Test Agency.

Guralnick, M. J. (2004). Family Investments in Response to the Developmental Challenges of Young Children with Disabilities. In A. Kalil & T. Deleire (Eds.), *Family investments in children's potential: Resources and parenting behaviors that promote success*, 119-137. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

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.

Guralnick, M. J. (2006). The System of Early Intervention for Children with Developmental Disabilities: Current Status and Challenges for the Future. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of mental retardation and developmental disabilities*, 465-480. New York: Plenum.

Halpern, R. (2000). Early Intervention for Low-Income Children and Families. *Handbook of Early Childhood Intervention*. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, 361-386. Cambridge: University Press.

Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Shonkoff, J. P., & Krauss, M. W. (2001). Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parental well-being. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial N° 266, 66 (3).

Howard, V. F., Williams, B. F., Port, P. D., & Lepper, C. (2001). *Very Young Children with Special Needs - A Formative Approach for the 21st Century* (2nd Ed.). New Jersey: Merrill Prentice Hall.

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.

Instituto da Segurança Social, I. P. (2005). *Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais – Creche*. 2ª Edição (Revista).

Johnson, R., & Mandell, C. (1988). A Social Observation Checklist for Preschoolers. *Teaching Exceptional Children*, 20 (2), 18-21.

Klein, N. K., & Gilkerson, L. (2000). Personnel Preparation for Early Childhood Intervention Programs. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, 454-483. Cambridge: University Press.

Klin, A., & Merkadante, M. T. (2006). Autism and the pervasive developmental disorders.

Revista Brasileira de Psiquiatria 28 (Supl-I), 1-2.

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.

Meisels, S. J., & Atkins-Burnett, S. (2000). The Elements of Early Childhood Assessment. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, 231-257. Cambridge: University Press.

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.

Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro de 1999. *Diário de República*, 2ª Série (244), 15566-15568.

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

Negrine, A. (2002). O corpo na educação infantil. Caxias do Sul: EDUCS, 2002.

Pimentel, J. S. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 1 (XXII), 43-54.

Raynaud, J. P., Danner, C., & Inigo, J. P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 113–119.

Rivera, F. B. (2007). Breve revisión histórica del Autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 27 (100), 333-353.

Rogel-Ortiz, F. J. (2005). Autismo. *Gaceta Médica de México*, 141 (2), 143-147.

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, 135-159. Cambridge: University Press.

Sassano, M. (Eds.) (2003). *Cuerpo, Tiempo Y Espacio. Principios Básicos de la Psicomotricidad*. Buenos Aires: Stadium.

Schopler, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M. D., & Marcus, L. M. (1990). *Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)*. Texas: Proed.

Schopler, E., Lansing, M. D., Reichler, R. J., & Marcus, L. M. (2004). *Psychoeducational Profile: Third Edition (PEP-3)*. Pro-Ed, USA.

Serviço Técnico de Intervenção Precoce (STIP) (2008). *Folheto Comemorativo de 15 anos de existência*.

Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (Eds.) (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention (2nd Ed.)*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tegethof, M. I. S. C. A. (2007). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das Famílias. *Dissertação de Doutoramento*. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

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

Turnbull, A. P., Turbiville, V., & Turnbull, H. R. (2000). Evolution of Family-Professional Partnerships: Collective Empowerment as the Model for the Early Twenty-First Century. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, 630-650. Cambridge: University Press.

Wieczorek, D. (2003). Wolf-Hirschhorn syndrome. *Orphanet encyclopedia*, 1-4. Retirado a 15 de Julho de 2012 de: <http://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-WHS.pdf>

Zollino, M., Lecce, R., Fischetto, R., Murdolo, M., Faravelli, F., Selicorni, A., Buttè, C., Memo, L., Capovilla, G., & Neri, G. (2003). Mapping the Wolf-Hirschhorn Syndrome Phenotype Outside the Currently Accepted WHS Critical Region and Defining a New Critical Region, WHSCR-2. *The American Journal of Human Genetics* 72, 590-597.

VI – ANEXOS