



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



O papel da Intervenção Psicomotora no Desenvolvimento Infantil e na Intervenção Precoce

Relatório de estágio curricular com vista à obtenção do grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientação académica: Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente:

Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogais:

Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Vanessa Sobreiro Domingues

2017

Aos meus pais, pelo que sou
À EMDIIP, pelo que quero ser.

Agradecimentos

Manifesto o meu profundo e sincero agradecimento a todos os que apoiaram e deram significado a esta etapa. De forma particular, muito obrigada:

Professora Doutora Teresa Brandão, pela partilha de conhecimento e ideias que me inspiraram a trabalhar em Intervenção Precoce e em mostrar o valor da Psicomotricidade na mesma;

André Rica, pelo exemplo enquanto profissional, empreendedor e pessoa, por ter sempre acreditado nas minhas capacidades e por cada desafio que me lançou com confiança. Foi uma honra e um orgulho ser tua aprendiz e nunca me esquecerei que “quando não houver caminho, nós fazemos um trilho”.

Fábio Faustino, pelo apoio e ajuda em cada dúvida e dificuldade, mas sobretudo pela amizade e generosidade; pela forma dedicada como representa a nossa profissão e esta nossa equipa.

Quando tudo parecia mais difícil neste caminho, tu foste uma “boleia” muito importante. “Quando eu for grande” quero ser como tu. Muito, muito obrigada por tudo.

A toda a Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce, que tão bem me acolheu e fez sentir parte dela.

A todos os colaboradores do Instituto Condessa de Cuba que durante todos estes meses me fizeram sentir “em casa”. Por todo o carinho e respeito, obrigada.

Família e amigos por simplesmente tornarem o meu caminho tão bonito.

Resumo

O presente relatório tem como principal objetivo o estudo e compreensão do papel da Intervenção Psicomotora no Desenvolvimento Infantil e na Intervenção Precoce através da prática realizada no estágio curricular na Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce, com crianças dos 0 aos 6 anos. A prática profissional incidu sobre duas principais valências: a avaliação e intervenção nas competências pré-académicas num grupo de crianças do pré-escolar e o acompanhamento terapêutico individual a crianças com alterações no desenvolvimento. Desta forma, procurou-se corresponder ao objetivo acima descrito atendendo à dimensão preventiva e terapêutica que a Intervenção Psicomotora pode assumir, particularmente no contexto da Intervenção Precoce, quando estamos em presença de riscos ou problemas de desenvolvimento confirmados, bem como todos os meios, serviços e princípios que a mesma implica.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora; Intervenção Precoce; Desenvolvimento Infantil; Competências Pré-académicas; Alterações no desenvolvimento; Atraso Global do Desenvolvimento; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Primeira Infância; Segunda Infância; Psicomotricidade.

Abstract

The aim of this report is to study and develop an understanding about the role of Psychomotor Intervention in Children Development and in Early Intervention, through the practice carried out in the curricular internship with children from 0 to 6 in Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce, a Social Solidarity Institution in Oeiras, Portugal. The professional practice involved two main focuses: the evaluation and intervention of pre-academic skills of a group of children in pre-school and individual therapeutic accompaniment with children, who presented developmental disorders. To achieve the goal mentioned above, it was considered the preventive and therapeutic dimensions that Psychomotor Intervention can assume, particularly in the context of Early Intervention, when in the presence of risks or confirmed developmental problems, as well as all the means, services and principles it implicates.

Key-words: Psychomotor Intervention; Early intervention; Child Development; Pre-academic skills; Developmental Changes; Global Development Delay; Attention Deficit/Hyperactivity Disorder; Early Childhood; Later Childhood; Psychomotricity.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento da Prática Profissional	3
2.1. Intervenção Precoce (I.P).....	3
2.1.1. As “raízes” e as “bases” – o contributo de alguns modelos teóricos para a prática da Intervenção Precoce	4
2.1.2. A importância da Intervenção Precoce	9
2.1.3. Intervenção Precoce em Portugal	11
2.2. Caracterização do local de estágio	14
2.2.1. Missão e objetivos	14
2.2.2. A Equipa e as respostas sociais	15
2.3. O papel da Intervenção Psicomotora no Desenvolvimento da Criança e na Intervenção Precoce	16
2.4. Desenvolvimento infantil.....	20
2.4.1. Desenvolvimento motor	21
2.4.2. Desenvolvimento cognitivo	23
2.4.3. Desenvolvimento psicossocial	25
2.4.4. Desenvolvimento atípico	27
2.4.4.1. Atraso global do desenvolvimento psicomotor.....	27
3. Realização da Prática Profissional.....	30
3.1. Programa de Promoção das Competências Pré-académicas em idade pré-escolar	30
3.1.1. Caracterização do grupo.....	31
3.1.2. Metodologia de intervenção	31
3.1.3. Caracterização do instrumento	34
3.1.4. Resultados e discussão da intervenção	36
3.2. Acompanhamento terapêutico individual	39
3.2.1. Estudo-de-caso da M.....	39
3.2.1.1. Caracterização do caso.....	40
3.2.1.2. Calendarização e organização da intervenção	41
3.2.1.3. Caracterização e pertinência dos instrumentos de avaliação utilizados	42
3.2.1.3.1. Schedule of Growing Skills II [SGS -II] (Bellman, Liingam e Aukett, 1996)	42
3.2.1.3.2. Inventário das Rotinas da Família	43
3.2.1.3.3. Questionário sobre os interesses da família.....	44
3.2.1.4. Avaliação inicial.....	44
3.2.1.5. Plano de intervenção.....	47
3.2.1.6. Avaliação final e análise dos resultados obtidos.....	48

3.3 Programa de Férias Inclusivas “We(in) Férias”	52
4. Conclusão e reflexão pessoal	53
5. Referências Bibliográficas.....	55
6. Anexos.....	60

Índice de tabelas

Tabela 1: caracterização da população-alvo	31
Tabela 2: calendarização da intervenção no âmbito das competências pré-acadêmicas	33

Índice dos anexos

Anexo A: Folheto de caracterização da instituição.....	i
Anexo B: Exemplar de relatório individual de avaliação inicial das competências pré-acadêmicas.....	ii
Anexo C: Estratégias planeadas por domínios avaliados nas avaliações pré-escolares.....	iii
Anexo D: Estratégias por domínio para aplicação no contexto pré-escolar.....	iv
Anexo E: Exemplar de relatório individual de avaliação final das competências pré-acadêmicas.....	v
Anexo F: Exemplar de caderno de estratégias para aplicação no contexto familiar.....	vi
Anexo G: Ficha de registo da Prova de Diagnóstico Pré-escolar.....	vii
Anexo H: Base de dados com percentis obtidos por todas as crianças em todos os domínios.....	viii
Anexo I: Anamnese do estudo de caso.....	ix
Anexo J: Consentimento Informado para estudo de caso.....	x
Anexo L: Sessão-tipo do estudo de caso.....	xi
Anexo M: Fotografias do Projeto We(in).....	xii

1. Introdução

No âmbito do 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora no Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, foi elaborado o presente relatório que apresenta e descreve a intervenção no estágio curricular que, por sua vez, teve como principais objetivos: promover a aquisição de conhecimento aprofundado no âmbito das múltiplas vertentes científicas e metodológicas; promover a competência reflexiva multidisciplinar; promover a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e programas nos diferentes contextos e domínios; promover a capacidade de prestar contributos inovadores na conceção e inovação de novos conhecimentos, novas práticas e novas perspetivas profissionais e políticas.

O estágio curricular foi realizado sob orientação académica da Professora Doutora Teresa Brandão e orientação local do Dr. André Rica, psicomotricista, diretor técnico e presidente da Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP), instituição que deu lugar e sentido à aprendizagem, experiência e aprofundamento das competências profissionais.

A ação desenvolvida no decorrer do estágio académico e que baseou o estudo presente neste relatório teve duas vertentes: a intervenção nas competências básicas para a aprendizagem num grupo de 19 crianças em idade pré-escolar e o acompanhamento terapêutico individual de crianças com alterações no desenvolvimento. Ambas procuraram enfatizar o papel da Intervenção Psicomotora no desenvolvimento infantil enquanto área de intervenção que tem uma perspetiva holística da criança e como tal atende aos seus múltiplos contextos, aos vários domínios do desenvolvimento e à relação entre todos eles. Desta forma, pretendeu-se, também, compreender o papel que a Intervenção Psicomotora desempenha enquanto apoio no âmbito de Intervenção Precoce que deve coordenar-se e trabalhar em conjunto com as demais áreas e que inclui a família no processo de desenvolvimento e intervenção como um dos agentes principais.

Face ao exposto, este relatório é constituído, em primeira instância, por um enquadramento da prática profissional que inclui: a revisão bibliográfica acerca do propósito, importância e enquadramento legal da Intervenção Precoce; a caracterização do local de estágio que descreve a sua missão, organização, serviços e respostas; a

revisão bibliográfica acerca dos vários domínios do desenvolvimento infantil e das alterações no desenvolvimento dos casos escolhidos para estudo.

Posteriormente, será descrita a prática profissional realizada tanto no que concerne às competências básicas para a aprendizagem como relativamente à intervenção realizada com os dois estudos-de-caso. A descrição da primeira intervenção, com o grupo de crianças do pré-escolar, inclui a caracterização da amostra, do instrumento utilizado, do método de intervenção e a discussão dos resultados obtidos. A descrição dos estudos-de-caso inclui a caracterização do caso, do instrumento utilizado, dos resultados das avaliações inicial e final, do plano de intervenção e das conclusões da mesma.

Para concluir apresentar-se-á a reflexão acerca da prática realizada e acerca do papel da Intervenção Psicomotora no Desenvolvimento Infantil no âmbito da Intervenção Precoce, bem como a partilha sobre a importância da experiência e conhecimento adquirido.

2. Enquadramento da Prática Profissional

Segue-se a contextualização teórica e institucional que pretende fundamentar a prática profissional do estágio curricular. Assim, apresentar-se-á, primeiramente, a revisão bibliográfica acerca da Intervenção Precoce para que melhor se possa compreender a sua origem, princípios, importância e enquadramento legal em Portugal. Posteriormente, apresentar-se-á a instituição onde decorreu o estágio curricular, bem como a relação do mesmo com a Intervenção Precoce e a Intervenção Psicomotora. Para terminar este capítulo, surge uma breve revisão bibliográfica acerca dos principais domínios do Desenvolvimento Infantil e, posteriormente, a identificação e compreensão das problemáticas e temáticas que serviram de base para a análise dos casos escolhidos para o presente estudo.

2.1. Intervenção Precoce (I.P)

A Intervenção Precoce tem como objetivo apoiar e dar recursos às famílias de crianças dos 0 aos 6 anos com atraso no desenvolvimento, incapacidade ou risco grave de atraso de desenvolvimento por condições biológicas e/ou ambientais, envolvendo redes de apoio social informais ou formais (Carvalho et al. 2016).

Assim, de acordo com Dunst e Bruder (2002), a Intervenção Precoce representa o conjunto de serviços, recursos e apoios destinados a responder às necessidades do desenvolvimento de cada criança, bem como às necessidades das respetivas famílias, de forma a que as atividades e oportunidades proporcionadas possam ser utilizadas, respetivamente, para promover e potenciar o desenvolvimento infantil e maximizar o papel das famílias para a melhoria do mesmo.

De acordo com Franco (2007), a Intervenção Precoce vai ao encontro das necessidades da Pessoa e do seu desenvolvimento de uma forma transdisciplinar, que ultrapassa as limitações da prática de apenas uma área. Segundo o autor, cuidar a criança e o seu desenvolvimento implica, obviamente, conhecimento dos conteúdos específicos de cada área, mas também exige humildade para reconhecer a impossibilidade de resolver todo o “problema” ou colmatar a necessidade por completo. A intervenção de cada uma das áreas, não pondo em causa o seu valor, é apenas uma parte da solução, na medida

em que é limitada pelo papel que a família e os técnicos das outras áreas, igualmente importantes, têm na mesma. Bairrão e Almeida (2003) acrescentam que a Intervenção Precoce implica a organização e coordenação dos diversos serviços e recursos, sendo fundamental ter estruturas de saúde capazes de rastrear e acompanhar as crianças, redes sociais organizadas, garantias e apoios para as famílias por parte da Segurança Social e sistemas educativos capazes de diferenciar as respostas consoante as necessidades.

A par dos serviços individualizados à criança, sejam eles de carácter educacional, desenvolvimental ou terapêutico, colocam-se os serviços de apoio à família para que, assim, possam ser cumpridos aqueles que, segundo Meisels e Shonkoff (2000), são os objetivos da Intervenção Precoce: promover a saúde e bem-estar das crianças, minimizar atrasos no desenvolvimento, promover competências emergentes, remediar dificuldades já existentes, prevenir a deterioração funcional e promover a função parental e o funcionamento familiar. Bairrão e Almeida (2003) referem, ainda, que a Intervenção Precoce deve não só atuar no sentido de minimizar as consequências dos riscos estabelecidos, como também evitar que situações de risco se consolidem, chamando assim particular atenção para o carácter reabilitativo e preventivo que a Intervenção Precoce pode assumir.

De acordo com Bairrão (2001 *cit in* Pinto, et al., 2012) a evolução da Intervenção Precoce na Infância está associada também à evolução da saúde, da educação e das políticas sociais, que obrigou a repensar as respostas e criar um sistema mais integrado e coerente com diversos tipos de apoio prestados por uma rede de profissionais capazes de melhorar o que não tem correspondido ao necessário (Bairrão e Almeida, 2003).

Deste modo, de seguida serão apresentados alguns modelos teóricos e princípios que estão na origem da Intervenção Precoce e são a base para a prática da mesma.

2.1.1. As “raízes” e as “bases” – o contributo de alguns modelos teóricos para a prática da Intervenção Precoce

As referências teóricas e práticas conduzem as abordagens atuais (Franco, 2007) e é nesse sentido que este enquadramento se torna pertinente para compreender melhor como surge e o que orienta a Intervenção Precoce.

A Intervenção Precoce surge, de acordo com Meisels e Shonkoff (2000), a partir da contribuição histórica de quatro domínios: educação infantil, serviços de saúde materno-infantil, educação especial e desenvolvimento infantil.

No âmbito da Educação Infantil as contribuições de nomes como Comenius, Rosseau, Tolstoy e Montessori foram essenciais para enraizar a importância do período da infância, único para a aprendizagem e o desenvolvimento, influenciando significativamente a história da educação e a visão face à criança (Meisels e Shonkoff, 2000).

No que concerne aos cuidados de saúde materno-infantil, deu-se uma mudança de perspetiva e começou a dar-se maior importância à saúde, tanto da mãe como da criança e a considerar-se o papel da estimulação e da relação bidirecional nos primeiros anos de vida (Meisels e Shonkoff, 2000).

Relativamente ao domínio da educação especial, partiu-se de um período em que as crianças com deficiência ou dificuldades eram ignoradas e escondidas da sociedade, passando depois por um período em que as mesmas eram examinadas, rotuladas e isoladas, evoluindo, posteriormente, para um período em que se começou a considerar o papel da intervenção e a necessidade de esta ser adequada e precoce (Meisels e Shonkoff, 2000).

Os estudos académicos, investigações e pesquisas têm vindo a ser um forte contributo para o conhecimento e compreensão do desenvolvimento infantil e, também, a base para a prática da Intervenção Precoce (Meisels e Shonkoff, 2000).

As perspetivas de Sameroff e de Bronfenbrenner foram, progressivamente, incentivando mudanças na área da Intervenção Precoce (Tegethof, 2007), na medida em que tanto o Modelo Transacional como os Modelos ecológico e bioecológico, vêm dar um contributo importante, quer em termos teóricos, quer ao nível prático.

Por um lado, Sameroff, com o *Modelo Transacional* (1975), defende que o desenvolvimento humano é influenciado pelas interações contínuas e dinâmicas entre a criança e as experiências que lhe são proporcionadas pela família e pelos vários contextos em que se insere, o que significa que situações de risco, sejam de carácter biológico ou social, podem ser minimizadas por condições favoráveis (Tegethof, 2007).

No âmbito da Intervenção Precoce, de acordo com Tegethof (2007), o Modelo Transacional permite identificar os objetivos e as estratégias de intervenção de forma mais eficaz porque torna possível compreender a criança, a perspetiva dos pais sobre

a mesma e compreender a eficiência das respostas que lhe dão. Deste modo é possível tomar decisões e estabelecer as categorias de intervenção: se a intervenção é dirigida à criança e incide na alteração ou minimização do impacto do comportamento em relação aos pais (remediar); se a intervenção incide na alteração da perspectiva dos pais sobre a criança (redefinir); ou se a intervenção pretende dar mais conhecimento e competências aos pais (reeducar) (Tegethof, 2007).

Por sua vez, Bronfenbrenner parte de um *Modelo ecológico* (1979) onde salienta a importância das interações entre o sujeito e o meio em que este se insere, não podendo o desenvolvimento ser compreendido independentemente dos contextos em que ocorre (Tegethof, 2007). Bronfenbrenner propõe, portanto, um sistema hierárquico e interrelacionado de níveis de contextos em que a criança se insere: o microsistema que contém os cenários imediatos e mais próximos (e.g.: casa, escola); o mesossistema que representa as relações entre dois ou mais contextos que incluem a criança (e.g.: relação casa-escola); o exossistema que representa as relações entre dois ou mais contextos em que, pelo menos, um deles não inclui diretamente a criança (e.g.: casa-local de trabalho dos pais); e, finalmente, o macrosistema que abrange todos os anteriores e representa as culturas, ideologias ou sistemas político-sociais que constituem os cenários mais distantes do desenvolvimento da criança (Tegethof, 2007).

Mais tarde, segundo Tegethof (2007), Bronfenbrenner propõe a reformulação do modelo apresentado anteriormente para salientar a importância das características biológicas, psicológicas e do comportamento da criança, à luz do *Modelo Ecológico*. Assim, o *Modelo Bioecológico* (1989) vem também retomar alguns conceitos-chave do *Modelo Transacional* e realçar a importância das interações da criança com os contextos imediatos, considerando as mudanças ou continuidades que ocorrem ao longo do tempo (cronossistema).

A fusão das perspectivas resulta numa visão ecológico-transacional do desenvolvimento humano e permite-nos compreender a importância da Intervenção Precoce e a forma como a mesma deve ser aplicada, na medida em que elucida acerca da complexidade do processo de desenvolvimento e, ao mesmo tempo, enfatiza como se devem organizar os serviços e recursos para que as necessidades das crianças e das famílias tenham respostas adequadas e eficazes (Bairrão e Almeida, 2003).

Em suma, o modelo proposto por Sameroff, para além de ser um bom suporte para a intervenção, foi o primeiro a enfatizar as consequências desenvolvimentais das interações entre a criança e os contextos, possibilitando a manipulação dos fatores do

meio, a fim de se poderem evitar ou minorar potenciais riscos decorrentes de vulnerabilidades quer biológicas, quer ambientais. Começou-se, assim, a valorizar e compreender cada vez mais o impacto dos fatores de risco que, conseqüentemente, aumentou o foco para os contextos. Surge, posteriormente, o importante contributo de Bronfenbrenner que vem salientar a importância de compreender a criança, com todas as suas características, nos seus contextos quotidianos, bem como realçar a importância da relação entre os contextos mais próximos e mais distantes da mesma (Tegethof, 2007).

O contexto surge como um elemento fundamental a ter em atenção, sendo ele observado de diferentes modos. De acordo com Tegethof (2007), sobressaem a consideração do contexto para a compreensão do desenvolvimento humano, o papel do sujeito no próprio desenvolvimento, a dinâmica e relação dos vários níveis de contextos e a compreensão das mudanças conseqüentes da relação entre o indivíduo e os contextos. Assim sendo, e segundo a autora, quando o desenvolvimento parece não estar adequado, o papel da Intervenção Precoce é analisar, não só a criança como tudo o que a rodeia e os acontecimentos que a mesma experiencia.

Mantendo o foco no contexto, Dunst (2005) fala em quatro componentes que garantem a promoção das capacidades das crianças e famílias: oportunidades de aprendizagem da criança; o apoio às competências dos pais; recursos da família e da comunidade; e práticas de ajuda centradas na família.

Franco (2007) acrescenta três grandes princípios da Intervenção Precoce: a) o princípio da globalidade, que encara a criança como um todo e considera a importância dos apoios serem integrados; b) o princípio da contextualidade, que considera o contexto, tanto familiar, como social e cultural em que a criança se insere; e c) o princípio da oportunidade, que defende que a intervenção deve ocorrer no tempo certo, quer seja antes do problema se evidenciar, quer, logo que possível, após a sua deteção.

Outra das bases, mais recente, que surge para dar coerência e estrutura à Intervenção Precoce, bem como efetivar a passagem da teoria para a prática, é um conjunto de práticas recomendadas pela Division of Early Childhood (DEC, 2014) que servem de orientação aos profissionais e às famílias em oito áreas: avaliação, ambiente, família, instrução/ensino, interação, trabalho de equipa/colaboração, transição e liderança.

De forma geral as práticas recomendadas pela DEC (2014), no que concerne à avaliação: esta deve ser sistémica e contínua, adequada à idade, nível de

desenvolvimento e características da criança, bem como deve avaliar todas as áreas do desenvolvimento para identificar áreas fortes, necessidades e preferências; a avaliação deve, também, ser um procedimento com colaboração da família e de outros profissionais, sendo que necessita de troca de informações pertinentes acerca da criança e dos vários contextos em que se insere, para completar os resultados.

Relativamente ao ambiente a DEC (2014) recomenda que: os serviços e apoios devem ser prestados em ambientes naturais, inclusivos e acessíveis, incluindo-se nas rotinas diárias da criança; sempre que necessário, o mesmo deve ser adaptado quer seja ao nível físico, social ou temporal.

Com base na mesma fonte, no que diz respeito à família: pretende-se, por parte da mesma, a participação ativa nas tomadas de decisão, nomeadamente no que diz respeito ao plano de intervenção, sendo que, profissionais e família, devem cooperar e criar oportunidades para fortalecer as competências parentais.

Relativamente à área da instrução: devem ser identificados os pontos fortes, preferências e competências de cada criança, para permitir aprendizagens ativas que valorizem as mesmas; devem ser prestados os tipos de apoio e adaptações necessárias, incluindo todas as rotinas, atividades e ambientes, para que se proporcionem oportunidades de aprendizagem contextualmente relevantes; as estratégias de ensino devem ser sistemáticas e fidedignas, bem como o uso de feedback e consequências explícitas; deve promover-se a capacidade de resolução de problemas, a autonomia e a autorregulação; deve dar-se a instrução com a frequência, intensidade e duração adequadas ao ritmo de aprendizagem da criança; os profissionais devem apoiar as famílias para facilitar as interações entre a mesma e a criança (DEC, 2014).

No que diz respeito à interação, a DEC (2014) recomenda que se deve: promover o desenvolvimento socioemocional da criança, incentivando interações positivas com outras crianças e com os adultos; promover o desenvolvimento da comunicação, fornecendo consequências naturais para a mesma e usando estratégias de expansão de pedidos, necessidades e preferências; promover o desenvolvimento cognitivo, respondendo intencionalmente à exploração, jogo, atividade social e intenções da criança.

No que concerne ao trabalho em equipa, de acordo com a fonte supracitada: os profissionais das várias áreas devem trabalhar em conjunto e com a colaboração da

família para planear e implementar apoios, trocar experiências, conhecimentos e informações.

Relativamente à transição, a DEC (2014) refere que: deve ser feito um intercâmbio de informações antes, durante e após a transição da criança para que a mesma possa obter resultados positivos e a adaptação seja bem-sucedida.

E, relativamente à liderança, os líderes das equipas de Intervenção Precoce devem incentivar a missão, os objetivos e a sensação de pertença dos elementos da equipa; devem ainda garantir o cumprimento dos princípios éticos e das práticas recomendadas; partilhar decisões e coordenar os serviços e programas (DEC, 2014).

Tendo em conta, os conceitos e modelos que guiam a prática da Intervenção Precoce, apresentar-se-á, de seguida, a fundamentação da importância da mesma na vida das crianças e respetivas famílias, bem como na sociedade.

2.1.2. A importância da Intervenção Precoce

De acordo com Carvalho et al. (2016), a importância de intervir precocemente para prevenir e minimizar problemas do desenvolvimento é hoje inquestionável. Os autores referem que as investigações comprovam o papel significativo das experiências precoces, bem como o papel da família e dos contextos no desenvolvimento da criança e na sustentabilidade futura.

Investir e cuidar a infância dita a sustentabilidade do futuro (Meisels e Shonkoff, 2000), por isso, a Intervenção Precoce tem vindo a tornar-se cada vez mais importante nas últimas décadas, tendo vindo a ser reconhecida, institucionalizada e regulamentada (Safer e Hamilton, 1993 *cit in* Hanson e Bruder, 2001).

Sabe-se que, infelizmente, nem todas as crianças nascem com saúde ou têm acesso aos cuidados da mesma, à habitação, ao conforto, ao desenvolvimento saudável e às oportunidades desejáveis. Muitas crianças nascem com condições biológicas ou ambientais que as colocam em risco, as tornam vulneráveis e limitam o seu desenvolvimento e participação nos diversos contextos para a sua faixa etária (Meisels e Shonkoff, 2000).

A Intervenção Precoce surge, então, com a missão de ajudar estas crianças e as suas famílias (Meisels e Shonkoff, 2000).

Muito embora ainda enfrente diversos constrangimentos metodológicos e logísticos, a Intervenção Precoce tem vindo a efetivar os seus benefícios (Meisels e Shonkoff, 2000).

De acordo com Casto e Mastropieri (1986), vários estudos comprovam os benefícios da Intervenção Precoce para crianças com ou em risco de alterações no desenvolvimento quer ao nível cognitivo, motor, socioemocional e da linguagem. Heckman (2006) defende que não são apenas as capacidades cognitivas que influenciam o desenvolvimento, também as capacidades socioemocionais ditam a sustentabilidade e o sucesso do futuro. Investir nas mesmas é, segundo o autor, crucial. As capacidades emocionais, físicas, sociais, cognitivas e linguísticas que emergem nos primeiros anos de vida estão todas interligadas e são fundamentais para o sucesso escolar, profissional e pessoal no futuro (Center on the Developing Child [CDC],2017).

A atuação precoce é fundamental e, de acordo com Bruder (2010), é muito importante investir nos primeiros anos de vida no desenvolvimento humano, sobretudo quando se trata de crianças com dificuldades ou em risco. Quanto mais cedo forem identificadas as dificuldades ou os fatores de risco, maior a probabilidade de eficácia da intervenção e das estratégias (Guralnick, 2005 *cit in* Bruder, 2010). As experiências precoces, quer positivas quer negativas, influenciam significativamente a "arquitetura cerebral" que, por sua vez, está na base da saúde, aprendizagem e comportamentos futuros (CDC, 2017).

A interação bidireccional e a estimulação dadas precocemente influenciam positivamente o desenvolvimento da mesma, sendo que, pelo contrário, condições adversas (e.g.: condições socioeconómicas desfavorecidas, má nutrição, comportamentos parentais inadequados) o colocam em risco (CDC, 2017).

A capacidade de adaptação do cérebro é inversamente proporcional à idade do indivíduo, pelo que o esforço necessário para a adaptação a novas experiências e aprendizagens aumenta com o aumento da idade. Este facto explica-se pela forte intensidade no estabelecimento e rápida proliferação das conexões sináticas nos primeiros anos de vida que vão, como já referido, diminuindo à medida que o desenvolvimento humano decorre (CDC, 2017).

Assim, é economicamente menos dispendioso prevenir e intervir precocemente do que remediar consequências negativas futuras, sendo, por isso, a Intervenção Precoce também sustentada por argumentos económicos porque, segundo Heckman (2006), investir no desenvolvimento, na educação e no funcionamento familiar, nos primeiros

anos de vida, ditará um futuro mais sustentável e com mais sucesso, com cidadãos mais capazes e produtivos.

Mais uma vez, vemos implicada a influência do funcionamento familiar no sucesso do desenvolvimento, na medida em que, segundo Heckman (2006), influencia significativamente o desenvolvimento cognitivo e não cognitivo pelo que a intervenção com a família faz cada vez mais sentido para minimizar ou colmatar as consequências de ambientes familiares não saudáveis. A família tem, portanto, um papel de grande impacto no desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança (Combs-Orme, Wilson, Cain, Page e Kirky, 2003; Cruz e Abreu-Lima, 2012), através das interações que estabelece com a mesma, as experiências que lhe proporciona e as condições de saúde e segurança que lhe garante (Guralnick, 2000).

As próprias famílias beneficiam dessa intervenção (Dunst, 2007) e as escolas e a comunidade veem diminuídos os custos de compensação das necessidades (Carta e Kong, 2007), na medida em que as estruturas especializadas exigem custos elevados, tanto financeiros como humanos (Bairrão e Almeida, 2003).

Para além disso, o estudo de Heckman (2006), conclui, ainda, que a Intervenção Precoce promove a escolarização e a produtividade e diminui a criminalidade e a probabilidade de gravidez na adolescência. Segundo Brandão e Caveirinha (2011), é essencial mobilizar apoios e recursos para que os efeitos da Intervenção Precoce sejam eficazes a longo prazo.

Tendo em conta os conceitos, modelos e evidências que fundamentam a Intervenção Precoce, torna-se pertinente compreender o surgimento e o funcionamento da mesma em Portugal.

2.1.3. Intervenção Precoce em Portugal

Pese embora o facto de já existirem serviços e modalidades de apoio no âmbito da Intervenção Precoce anteriormente, durante os anos 80 surgiram dois projetos particularmente influentes na Intervenção Precoce em Portugal: o Programa Portage e o Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (Pinto et al., 2012). O primeiro veio introduzir o planeamento individualizado de objetivos e estratégias de intervenção, um modelo de coordenação dos serviços e um serviço de visitas ao domicílio (Felgueiras e Breia, 2005 *cit in* Pinto et al., 2012) que vem envolver os pais na intervenção de forma ativa e mudar o paradigma da Intervenção Precoce até então (Bairrão, 2003 *cit in* Pinto

et al., 2012). Da mesma forma, o segundo veio fornecer apoios centrados na família, tanto ao nível da saúde, como da educação, segurança social e serviços na comunidade (Boavida e Borges, 1994 *cit in* Pinto et al., 2012).

Ambos foram o ponto de partida para o desenvolvimento e consciencialização acerca da Intervenção Precoce em Portugal (Serrano e Boavida, 2011). A necessidade de criar um modelo integrado e organizado para a Intervenção Precoce tornou-se mais evidente e, em 1994, os Ministérios da Educação, da Solidariedade e da Segurança Social e da Saúde uniram esforços para desenvolver um modelo que enquadrou a primeira legislação dedicada exclusivamente à Intervenção Precoce (Pinto et al., 2012).

Atualmente, a Intervenção Precoce em Portugal encontra-se regulamentada com base no Decreto-Lei, n.º 281/2009 de 6 de outubro, referindo, o mesmo, que a Intervenção Precoce na Infância (IPI) consiste num conjunto de medidas de apoio integrado que se centra não só na criança, como também na família. De acordo com o mesmo, a IPI tem um papel preventivo e reabilitativo, no âmbito da educação, saúde e ação social e constitui um apoio fundamental para as crianças, dos 0 aos 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que, por sua vez, dificultam o crescimento pessoal, social e a participação nas atividades típicas para a idade e contexto. São também abrangidas as crianças em risco grave de atraso no desenvolvimento, quer por condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais que podem comprometer o desenvolvimento das mesmas (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro).

Desta forma, a IPI pretende garantir, através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), a proteção dos direitos destas crianças, o desenvolvimento das suas capacidades, o apoio às famílias no acesso a recursos e serviços e o envolvimento da comunidade para a criação de mecanismos de suporte social. O SNIPI desenvolve-se através da atuação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com o envolvimento das famílias e da comunidade (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro).

Assim, a organização sistémica da Intervenção Precoce em Portugal é hierarquizada em níveis de decisão, começando pela Comissão de Coordenação Nacional, que pretende assegurar a articulação das ações desenvolvidas ao nível de cada ministério. Sobre essa tutela, surgem as Subcomissões de Coordenação Regional que coordenam as Equipas Locais de Intervenção (ELI's), que por sua vez são as equipas

pluridisciplinares com funcionamento transdisciplinar e que intervêm diretamente com as crianças e famílias (Brandão e Reixa, 2012).

As ELI's desenvolvem a sua ação ao nível municipal, tendo como objetivos: identificar as crianças e famílias elegíveis para o SNIPI; assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não elegíveis, requerem avaliação; encaminhar as crianças não elegíveis, mas carenciadas de apoio social; elaborar o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) em função das características do caso e que deve avaliar a criança e o seu contexto familiar, bem como definir medidas e ações a desenvolver; identificar as necessidades e recursos na comunidade, dinamizando redes formais e informais de apoio social; articular sempre que necessário com as comissões de crianças e jovens e núcleos de ação da saúde de crianças e jovens em risco; assegurar processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos; articular com os docentes das creches e jardins de infância (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro).

Em particular, a ELI de Oeiras é uma das respostas da rede de serviços do SNIPI e pertence à Subcomissão de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI], 2016). Esta integra o ACES Oeiras, a CERC I Oeiras e o Agrupamento de Escolas Conde de Oeiras, sendo constituída por uma equipa técnica de 12 profissionais e cuja sede é no Centro de Saúde de Paço d'Arcos (Brandão e Reixa, 2012). As crianças e casos a assinalar podem ser encaminhados pelos Centros de Saúde e Hospitais, Agrupamentos de Escolas ou surgir por iniciativa dos pais. A ELI de Oeiras, até à data do estudo de Brandão e Reixa (2012), acompanhava 121 crianças e famílias.

Embora Portugal seja um dos poucos países europeus com legislação específica relativa à Intervenção Precoce, ainda há diversas mudanças a fazer, quer legais, quer práticas, quer na coordenação de todas as componentes e atuação dos profissionais (Pinto et al. 2012). Implementar medidas, programas e serviços não é fácil porque implica a articulação das várias áreas que devem atuar de forma coordenada para lá das fronteiras profissionais de cada uma (Brandão e Reixa, 2012).

A Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP), muito embora não seja uma ELI, representa uma resposta que vem colmatar tantas outras necessidades existentes. Tanto no cumprimento das práticas recomendadas, como na

promoção de respostas e programas inovadores e acessíveis, a EMDIIP tem feito um percurso exemplar.

2.2. Caracterização do local de estágio

De seguida será apresentada uma breve caracterização acerca do Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP) que deu lugar, recursos e sentido ao aprofundamento da atividade profissional.

2.2.1. Missão e objetivos

A EMDIIP (Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) (EMDIIP, 2015a), cujo objetivo é prestar um serviço terapêutico a crianças com alterações no desenvolvimento, inserindo as respetivas famílias e escolas no processo de procura de resposta às suas dificuldades (EMDIIP, 2017a).

A EMDIIP defende um “olhar especial” e global sobre o desenvolvimento da criança, incluindo a família como elemento ativo do processo terapêutico como é, aliás, defendido como princípio da Intervenção Precoce (EMDIIP, 2017c). Não obstante, esta Equipa vai mais além nesta visão e estende o modelo de acompanhamento até aos 18 anos de idade, alargando a população alvo e justificando de forma efetiva o seu interesse pelo percurso da criança ao longo do seu desenvolvimento (EMDIIP, 2017c). Assim, são admitidos os casos de crianças e jovens, com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, que apresentem comprometimentos no seu desenvolvimento ou que se encontrem em situações de risco envolvental, biológico ou estabelecido (EMDIIP, 2015b).

A EMDIIP procura que a ação terapêutica seja incluída no quotidiano de cada criança ou jovem e das suas famílias de forma natural, deslocando-se aos contextos habituais dos mesmos e fazendo-se parte deles. Os técnicos da equipa deslocam-se quer às escolas quer aos domicílios das crianças e transformam-nos em espaço terapêutico, de relação e aprendizagem (EMDIIP, 2017c). O espaço de intervenção pode, assim, ser o

ambiente familiar escolar ou nas instalações da EMDIIP, sendo que deve estar contemplado na área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo (EMDIIP, 2015b).

Outra premissa defendida pela EMDIIP é a inclusão de todas as crianças que necessitem de ajuda, sem que nenhuma seja privada da mesma por falta de recursos económicos ou impossibilidade de se deslocar a um local específico (EMDIIP, 2017a), ajustando-se as mensalidades de acordo com o escalão económico de cada família e procurando um espaço acessível (EMDIIP, 2017c).

É apoiando crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais e as suas famílias que a EMDIIP assume a sua missão “ir cada vez mais longe, melhor e com maior empenho na procura do bem-estar global de cada família” (EMDIIP, 2017a).

2.2.2. A Equipa e as respostas sociais

A equipa de apoio ao desenvolvimento infantil é constituída por profissionais das áreas de Reabilitação Psicomotora, Terapia da Fala e Psicologia (EMDIIP, 2017b), nomeadamente no que concerne aos respetivos serviços e, ainda, no apoio psicopedagógico, apoio especializado à família (formação parental), consultas de avaliação das competências pré-académicas e programas de intervenção nas dificuldades de aprendizagem específicas (EMDIIP, 2015b).

A EMDIIP tem, ainda, uma resposta social que promove e fortalece as competências pessoais, parentais e sociais das famílias com crianças e jovens dos 0 aos 18 anos que se encontrem numa situação de risco. Assim, o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP) pretende assegurar o desenvolvimento integral de crianças e jovens, prevenir a separação destes da sua família, favorecer a reintegração na família, melhorar as interações familiares e com a comunidade ao facilitar o uso de recursos disponíveis na mesma. Este serviço funciona sob a forma de aconselhamento parental, abordagem terapêutica, apoio psicopedagógico, prevenção de situações de risco, intervenção familiar em meio natural e treino de competências parentais e familiares. Assim, para este serviço, a EMDIIP junta à equipa profissionais de Serviço Social e Educação Social. (EMDIIP, 2017d).

Atualmente a sede da EMDIIP é no edifício do Instituto Condessa de Cuba (ICC) pertencente à Fundação Resgate, na Quinta da Quintã em Oeiras (EMDIIP, 2015b).

Através da resposta social de Reabilitação Psicomotora, a EMDIIP representa também a ligação entre a Intervenção Precoce e a Intervenção Psicomotora.

Em anexo (anexo A) encontra-se um folheto elaborado para apresentação da instituição com a informação acima descrita.

2.3. O papel da Intervenção Psicomotora no Desenvolvimento da Criança e na Intervenção Precoce

Como já referido, a Intervenção Precoce engloba um conjunto de serviços multidisciplinares (Meisels e Shonkoff, 2000), que correspondem às necessidades das crianças e das famílias através de uma multiplicidade de áreas desde o apoio social, educação, saúde e serviços terapêuticos, sendo neste último domínio que a Psicomotricidade se insere. Face ao exposto acerca da Intervenção Precoce, não é difícil compreender como esta se relaciona com a Psicomotricidade e como fazem sentido em conjunto: ambas privilegiam o desenvolvimento da criança de um ponto de vista global e ecológico.

Neste sentido, a Intervenção Psicomotora é um processo de facilitação adaptativa que permite reeducar, recuperar, readquirir e reintegrar um estado de ajustamento sustentado, funcional e adaptativo da pessoa com dificuldades, i.e., permite ao indivíduo um ajustamento a nível motor, emocional, cognitivo, pessoal, familiar, social, vocacional, económico e ecológico (Fonseca, 2010b). A Intervenção Psicomotora requer uma visão holística do ser humano, tendo em conta que tudo o que é feito pelo corpo é comandado e elaborado pela parte psíquica (Fonseca, 2001) e uma visão biopsicossocial do mesmo, no sentido em que cada indivíduo é influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais, aos quais tem de ser dada a mesma importância e atenção (Fonseca, 2004).

Assim, a Psicomotricidade é uma área transdisciplinar que analisa as relações e influências entre a componente psíquica e a componente motora do ser humano, tendo por base conhecimentos das ciências biológicas e das ciências humanas, i.e., que estuda de que forma se relaciona o funcionamento mental, e todos os processos cognitivos, relacionais e sociais envolvidos, com a motricidade de um indivíduo, englobando todas as funções tónicas, posturais, práxicas e somatognósicas inerentes (Fonseca, 2004). Deste modo, o conceito de Psicomotricidade engloba a dimensão

psíquica e a dimensão motora (Fonseca, 2010a) e estas devem ser encaradas no seu conjunto uma vez que a primeira integra, representa e executa a segunda (Fonseca, 2004).

Existem sete fatores psicomotores que compõem a base da intervenção e observação psicomotora: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina. A qualidade do perfil psicomotor do indivíduo reflete o nível de organização neurológica das três unidades de Luria e consequentemente dos fatores psicomotores (Fonseca, 2010a).

A Psicomotricidade tem dois tipos de abordagem terapêutica que, apesar de ser possível descrever separadamente, não existem isoladas enquanto formas de intervenção: a psicomotricidade relacional e a instrumental. A Psicomotricidade Relacional baseia-se na dialética emocional em que o psicomotricista deve criar uma ligação com o indivíduo baseada no reviver de situações tónico-emocionais (Rivière, 2010). A base desta abordagem está nas relações entre o terapeuta e o sujeito da intervenção, centrando-se nos processos comunicacionais (Almeida, 2013). Por outro lado, a Psicomotricidade Instrumental fundamenta-se na aplicação de testes psicomotores a partir dos quais se estabelecem as áreas fortes e fracas do indivíduo e se planeiam atividades (Aragón, 2007), no sentido de atuar sobre a problemática, recuperar potencialidades e minimizar dificuldades (Rivière, 2010).

No que concerne especificamente à Intervenção Precoce, Gras (2004) refere que a Psicomotricidade é uma disciplina com um papel fundamental, na medida em que lhe oferece um paradigma de intervenção específica que afeta muitas áreas do desenvolvimento. Tendo em conta que a Intervenção Precoce pretende atuar numa ampla gama de dimensões, desde a dimensão familiar à motora, emocional, comportamental e educativa, a Psicomotricidade surge no âmbito da mesma como um contributo importante para o desenvolvimento infantil que o olha como um todo e porque a atividade humana é essencialmente psicomotora (Gras, 2004).

Segundo Sánchez e Buitrago (2008 *cit in* Oliveira, 2014), a Intervenção Psicomotora pretende fornecer à criança a oportunidade de consciencialização das suas capacidades para que a mesma possa posteriormente fazer o *transfer* para a sua vida quotidiana.

Até aos 3 anos, de acordo com os autores supracitados, a Intervenção Psicomotora baseia-se na experiência, através do jogo e com base na relação e na sensação, uma vez que, nesta fase do desenvolvimento, a criança aprende pelo movimento e pelo próprio corpo e começa a ter as primeiras manifestações da comunicação, da linguagem e relação social. Com base nisso, a Intervenção Psicomotora vem proporcionar formas diferentes de comunicação e estruturação do pensamento (Sánchez e Buitrago, 2008 *cit in* Oliveira, 2014).

A partir dessa faixa etária até aos 6 anos, a Intervenção Psicomotora vem enfatizar a relação entre o corpo e o mundo, da qual resulta o desenvolvimento global da criança. Desta forma, procura promover o conhecimento do próprio corpo e das suas possibilidades de ação, promover a exploração dos contextos em que se insere e desenvolver cada vez mais a autonomia (Sánchez e Buitrago, 2008 *cit in* Oliveira, 2014).

Segundo Rossi (2012), a Psicomotricidade, por meio da sua ação para organizar a noção corporal e temporal do “eu”, tem um papel fundamental nos processos comportamentais e de aprendizagem porque procura conhecer o corpo nas suas diversas dimensões, desde a percetiva, até à simbólica e conceptual que são indispensáveis à integração e expressão de qualquer ação intencional que é também, por sua vez, resultante da individualidade, da linguagem e da socialização do indivíduo.

Falando nos processos de aprendizagem, torna-se também pertinente abordar, no contexto da prática profissional deste estágio curricular, o papel da Intervenção Psicomotora nos mesmos.

Em todas as temáticas relacionadas com a educação, mais do que preocupação deve predominar a adoção de atitudes mais ativas e otimistas no que diz respeito ao potencial da criança a fim de maximizá-lo e permitir que estas sejam pessoas mais realizadas pessoal e socialmente e, conseqüentemente, mais preparadas para os desafios do futuro (Fonseca, 1999).

A aprendizagem, enquanto processo dinâmico que é, deve atender às necessidades e características específicas de cada criança. Para acontecer de forma significativa, o processo ensino-aprendizagem deve ter em conta o desenvolvimento psicomotor da criança (Costa e Fortes, 2012).

Também Fonseca (1999) corrobora a ideia de que a Psicomotricidade tem um papel fundamental na educação da criança, na medida em que o desenvolvimento infantil deve

ter contemplada a relação entre as componentes motora, afetiva e intelectual, contextualizando a criança no meio sociocultural. Assim, a relação dialética entre a Psicomotricidade e o processo de aprendizagem é um importante contributo para a compreensão do desenvolvimento holístico da criança (Fonseca, 1999).

A falta de experiências precoces é um fator ambiental que influencia a capacidade de aprendizagem, nomeadamente nos aspetos sensoriomotores ou mesmo nos aspetos de índole linguística, sendo o período que antecede o início da escolaridade muito importante (Casas, 1994 *cit in* Cruz, 2009). Desta forma se verifica, segundo o autor, que tanto o contexto familiar como os procedimentos e estratégias adotados em contexto educativo são determinantes para o desenvolvimento cognitivo, linguístico e pessoal das crianças.

Citoler (1996 *in* Cruz, 2009) acrescenta ainda que as condições materiais, metodologias e a adequação do programa às características individuais de cada criança constituem fatores determinantes do processo ensino-aprendizagem.

Entrando num campo mais específico das dificuldades de aprendizagem, Fonseca (1999) apresenta a perspectiva de Quirós e Schrager (1978) da qual, de entre três tipos de problemas relacionados com as Dificuldades na Aprendizagem, se pretende, neste âmbito, destacar os de carácter perceptivo e os de carácter psicomotor. Os problemas de domínio perceptivo podem ser relacionados: por um lado com o processo auditivo, nomeadamente no que concerne à discriminação, síntese e memória; e por outro lado com o processo visual, nomeadamente no que diz respeito à percepção visual, constância da forma, posição e relação no espaço e visualização. Especificamente no que concerne aos problemas psicomotores, estes podem ocorrer ao nível da lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e fina (Fonseca, 1999).

Cruz (2009) faz, ainda, referência à abordagem de Kirk e Chalfant (1984) cuja taxionomia agrupa as dificuldades de aprendizagem em duas categorias, das quais se pretende enfatizar, neste âmbito, as de carácter desenvolvimental, que são dificuldades ao nível da atenção, memória, percepção, pensamento e linguagem oral. Todas elas se destacam como características básicas para conseguir aprender: a atenção implica a capacidade de selecionar a informação pertinente, quer seja auditiva, visual, tátil ou quinestésica; a memória envolve a capacidade de relembrar o que foi visto, ouvido ou experimentado; a percepção inclui a coordenação visuomotora, discriminação visual,

auditiva e tátil; o pensamento inclui a capacidade de julgamento, comparação, raciocínio, avaliação, resolução de problemas e tomada de decisões; e, por fim, a linguagem oral envolve a capacidade de compreender, integrar e expressar ideias verbalmente (Kirk e Chalfant, 1984 *in* Cruz, 2009).

O papel da Psicomotricidade é, assim, fundamental para: promover a capacidade sensitiva das crianças e a relação entre o próprio corpo, o outro e o meio envolvente; promover a capacidade percetiva através do conhecimento das respostas corporais; as capacidades simbólicas e expressivas; e ampliar e valorizar a identidade própria e a autoestima da criança (Rossi, 2012).

Seguidamente apresentar-se-á uma breve revisão bibliográfica acerca do desenvolvimento infantil típico, de forma a identificar as características e comportamentos esperados para, posteriormente, se poder compreender melhor a problemática específica escolhida para estudo.

2.4 Desenvolvimento infantil

O desenvolvimento humano é um processo dinâmico e complexo que se baseia na maturação neurobiológica e na relação dos vários aspetos que o compõe (Castelo e Fernandes, 2009).

De acordo com Papalia, Olds e Feldman (2001), o desenvolvimento típico, embora possa ser caracterizado por determinados acontecimentos esperados para cada faixa etária, inclui uma ampla gama de diferenças individuais: algumas inatas, outras provenientes da experiência. É por esse motivo que cada pessoa é única, sendo que, de acordo com as autoras, as diferenças interindividuais aumentam proporcionalmente com a idade e só podem ser compreendidas se se analisarem as características hereditárias e os fatores ambientais envolvidos no desenvolvimento de cada indivíduo. Assim, segundo as autoras, quando analisamos o desenvolvimento de um indivíduo, é necessário considerar não só as alterações ou características que se prevê serem observadas em determinada faixa etária, como também considerar o contexto histórico-cultural, familiar e socioeconómico.

Não obstante a importância de considerar todos os contextos para compreender o desenvolvimento, para cada ciclo de vida são esperadas determinadas características

e comportamentos (Papalia, Olds e Feldman, 2001) que devem ser tidos em conta para identificar e compreender eventuais desvios ou alterações ao mesmo.

Embora possam ser analisados em separado, para as autoras supracitadas, todos os domínios do desenvolvimento humano estão interrelacionados e podem agrupar-se em três domínios principais: motor, cognitivo e psicossocial.

De uma forma geral, falar sobre desenvolvimento motor é falar sobre o crescimento do corpo e do cérebro, das capacidades sensoriais e habilidades motoras; já o desenvolvimento cognitivo está relacionado com as capacidades mentais, como a aprendizagem a memória, a linguagem e o pensamento; e o desenvolvimento psicossocial refere-se às questões da personalidade, emocionais e dos relacionamentos sociais (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

2.4.1. Desenvolvimento motor

O desenvolvimento motor é caracterizado por Barreiros e Neto (2005) como um conjunto de processos de mudança que ocorrem ao longo da vida. Segundo os autores, a infância e a adolescência são os períodos em que essas mudanças ocorrem de forma mais acentuada. Nomeadamente, a primeira e segunda infância são os períodos em que os ganhos maturacionais do sistema nervoso são mais visíveis, sendo os primeiros anos de vida muito importantes para o ganho de competências e a consolidação de aquisições (Barreiros e Neto, 2005).

Em geral, o desenvolvimento motor é um processo encadeado, em que cada etapa do mesmo condiciona a etapa posterior (Barreiros e Neto, 2005), e que se desenvolve de forma sistemática e contínua (Papalia, Olds e Feldman, 2001). No entanto, Cordovil e Barreiros (2014) salientam que nem todos os marcos do desenvolvimento motor são possíveis de observar e nem todos têm obrigatoriamente de acontecer. Um bebé pode, por exemplo, iniciar a marcha sem ter gatinhado.

Assim o desenvolvimento motor é um processo evolutivo e sequencial que depende da maturação e da experiência (Cordovil e Barreiros, 2014).

Gallahue (1984 *cit in* Cordovil e Barreiros, 2014) recorre à pirâmide do desenvolvimento dos movimentos para descrever o desenvolvimento motor, sendo esta composta por quatro fases: 1) fase motora reflexa; 2) fase motora rudimentar; 3) fase motora

fundamental; 4) fase motora especializada. A crescente sofisticação motora pode ser entendida como a procura de eficácia, adaptabilidade e estabilidade (Cordovil e Barreiros, 2014). A primeira e segunda infância incluem as fases reflexa, rudimentar e fundamental.

O desenvolvimento motor caracteriza-se, primeiramente, pela aquisição de habilidades motoras simples que posteriormente se vão combinando em sistemas de ação cada vez mais complexos (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

Assim, recorrendo à pirâmide do desenvolvimento dos movimentos de Gallahue (1984), o desenvolvimento motor inicia-se pela fase motora reflexa que ocorre desde o período uterino até ao primeiro ano de vida e na qual os movimentos representam respostas espontâneas aos estímulos, tornando-se, progressivamente, movimentos mais estáveis e controlados (Cordovil e Barreiros, 2014).

Segue-se a fase rudimentar, que no primeiro ano de vida coincide com a fase reflexa, constituída, por sua vez, por duas subfases: i) inibição reflexa (eliminação dos reflexos primitivos) e ii) pré-controlo (aumento do controlo e adequação do comportamento aos contextos) (Cordovil e Barreiros, 2014).

A fase dos movimentos fundamentais corresponde à reorganização e combinação dos movimentos rudimentares para padrões motores mais eficazes. Nesta fase, as respostas motoras são influenciadas sobretudo pela atividade social da criança. Consideram-se três subfases: estágio inicial, estágio elementar e estágio maduro (Cordovil e Barreiros 2014).

Assim, de acordo com Morin e Algermissen (2017), e como já referido por outros autores, do nascimento até aos três meses os bebés realizam movimentos reflexos, espontâneos e não controlados.

A partir dessa idade, devem começar a ter mais força para se erguer em braços e suportar a cabeça, ainda que por períodos curtos. Aos 5 meses, devem ser capazes de alcançar e apanhar objetos, passar da posição de decúbito ventral para decúbito dorsal, ter força nas pernas quando os pés estão em contacto com o chão e passar objetos de uma mão para a outra (Morin e Algermissen, 2017).

Dos 7 aos 9 meses, de acordo com as autoras, os bebés devem ser capazes de rebolar, sentar sem suporte e começam a tentar deslocar-se. Aos 9 meses, espera-se que sejam

capazes de se colocar e sair da posição de sentados sozinhos, ficar na posição bípede com suporte, ser capazes de pegar em objetos usando a pega nítida (oposição do polegar e do indicador), acompanhar com o olhar objetos em queda, procurar objetos que viram serem escondidos e imitar alguns gestos (Morin e Algermissen, 2017).

Aos 12 meses, Morin e Algermissen (2017) referem que os bebés devem ser capazes de andar e ficar de pé sozinhos.

A partir dos 12 meses, gradualmente, as crianças devem começar a ser capazes de realizar alguns movimentos e habilidades motoras específicas como correr, saltar com ambos os apoios em simultâneo, empurrar objetos, pontapear uma bola, apanhar uma bola com as duas mãos, andar nas pontas dos pés, equilibrar-se num só apoio, escalar uma estrutura, subir e descer escadas com alternância de apoios, construir uma torre de blocos, utilizar utensílios de escrita, folhear um livro ou pedalar (Morin e Algermissen, 2017).

2.4.2. Desenvolvimento cognitivo

Para explicar o desenvolvimento cognitivo podemos optar pela abordagem piagetiana, que descreve qualitativamente as mudanças típicas do funcionamento cognitivo, pela análise de como a mente estrutura as atividades e se adapta ao meio (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

Assim, a abordagem de Piaget (1972) divide o desenvolvimento cognitivo em quatro estágios principais: o sensório-motor, o pré-operacional, o das operações concretas e o das operações formais. De seguida serão descritos os estágios sensório-motor e pré-operacional que correspondem, respetivamente, à primeira e segunda infância.

O estágio sensório-motor descreve o desenvolvimento cognitivo do nascimento até aproximadamente os dois anos de idade (Papalia, Olds e Feldman, 2001), sendo um estágio pré-verbal em que se desenvolve o conhecimento prático, através da atividade sensorial e motora, que servirá de base ao conhecimento representativo posterior (Piaget, 1972).

Por sua vez, como descrevem Papalia, Olds e Feldman (2001), o estágio sensório-motor pode dividir-se em seis subestágios, que evoluem de um desenvolvimento mais inato e concreto para um desenvolvimento mais simbólico e complexo: 1) uso de reflexos (do

nascimento até 1 mês), em que os bebés não têm ainda controlo sobre o movimento e as sensações; 2) reações circulares primárias (1 aos 4 meses), no qual os comportamentos ainda se focalizam muito no corpo e não nos efeitos do mesmo sobre o ambiente e no qual os bebés começam a coordenar informações sensoriais e agarrar objetos; 3) reações circulares secundárias (dos 4 aos 8 meses), no qual os bebés já começam a interessar-se mais pelo ambiente que os rodeia, repetindo ações intencionais que traduzem resultados no mesmo; 4) coordenação dos esquemas secundários (dos 8 aos 12 meses) em que a intencionalidade do comportamento começa a ser cada vez mais evidente e os bebés usam comportamentos já aprendidos para atingir determinados objetivos, sendo também capazes de antecipar acontecimentos; 5) reações circulares terciárias (dos 12 aos 18 meses), no qual os bebés começam a demonstrar mais curiosidade e intenção de exploração ativa; e 6) associações mentais (dos 18 aos 24 meses), que é a transição para o estágio pré-operacional, em que as crianças começam a ser capazes de representar os acontecimentos mentalmente, surgindo o pensamento simbólico, a utilização de símbolos, gestos, palavras e jogos de faz-de-conta.

Depois do estágio sensório-motor, segue-se, então, o estágio pré-operacional (aproximadamente dos 2 aos 7 anos) (Papalia, Olds e Feldman, 2001) que corresponde ao início da linguagem, do pensamento simbólico e da representação. Contudo, as ações sensório-motoras não são imediatamente transformadas em operações, daí o nome atribuído a este estágio (Piaget, 1972).

Os progressos nas capacidades simbólicas são acompanhados pelo aumento da compreensão de identidades, do espaço, da causalidade, da categorização e do sentido de número. Alguns destes processos têm origem na primeira infância, outros começam a desenvolver-se na segunda infância, mas só são completamente adquiridos na terceira infância (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

De forma geral, neste estágio do desenvolvimento cognitivo, as crianças deixam de precisar de estar em contacto com um objeto ou alguém para o representar mentalmente, começam a compreender os fenómenos de causa-efeito, começam a ser capazes de organizar pessoas, objetos e acontecimentos por categorias com significado, começam a compreender o sentido de número e começam a ser capazes de se colocar na perspetiva dos outros (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

2.4.3. Desenvolvimento psicossocial

Como qualquer outro domínio do desenvolvimento, o domínio psicossocial reflete os aspetos inatos da personalidade e as influências ambientais. É através das influências e interações que cada indivíduo se torna diferente dos outros (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

O desenvolvimento psicossocial deve-se, em grande parte, à dinâmica de descoberta do “eu” e do outro, a qual se traduz na evolução que leva um recém-nascido – dependente e limitado – a tornar-se num indivíduo com sentimentos complexos, consciente e social (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

De acordo com Erikson (1950 *cit in* Papalia, Olds e Feldman, 2001), as experiências dos primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento psicossocial.

Sroufe (1979 *cit in* Papalia, Olds e Feldman, 2001) apresenta algumas características gerais do desenvolvimento psicossocial na primeira infância: numa fase inicial (do nascimento aos 3 meses) os bebés começam por manifestar o interesse e a curiosidade pelo sorriso; depois (dos 3 aos 6 meses) começam a manifestar descontentamento quando algo que prevêem não acontece, sendo o período das primeiras interações recíprocas; dos 7 aos 9 meses, os bebés começam a procurar a responsividade dos objetos e dos outros e exprimem emoções mais diferenciadas; posteriormente (dos 9 aos 12 meses), os bebés têm um relação muito próxima e preocupada com o principal cuidador e comunicam as suas emoções de forma mais explícita; dos 12 aos 18 meses os bebés começam a explorar o ambiente que os rodeia, tornando-se cada vez mais confiantes e seguros; e dos 18 até aos 36 meses começam a ter mais consciência de si.

Já na abordagem de Erikson, segundo Veríssimo (2002), a primeira infância divide-se nos estádios que correspondem à fase de confiança vs desconfiança (do nascimento aos 18 meses), e de autonomia vs vergonha e dúvida (dos 18 meses até aos 36 meses).

De acordo com a Teoria Psicossocial de Erikson, numa primeira fase (dos 0 aos 18 meses) a criança vai construindo a noção do mundo através das experiências sensoriais que lhe chegam, sobretudo na relação afetiva que se estabelece com a principal figura de vinculação. Nesta fase, a mutualidade do reconhecimento com a figura materna serve de base para a emergência do sentimento de confiança (Veríssimo, 2002).

Esta fase também lhes permite desenvolver um equilíbrio entre a desconfiança e a confiança, através da noção do que lhes permite proteção e segurança (Papalia, Olds e Feldman, 2001). De acordo com estas autoras, o elemento essencial para o desenvolvimento da confiança é o contacto responsivo e consistente do cuidador.

Como referem Rebello e Passos (2008), de acordo com a abordagem de Erikson, é muito importante a uniformidade e continuidade dos reforços externos para que a criança desenvolva a confiança básica nos outros, mas também em si própria.

Na fase posterior, dos 18 aos 36 meses, a criança começa a explorar ativamente os contextos que a envolvem e a interagir cada vez mais com os elementos dos mesmos, formas através das quais vai desenvolvendo a sua autonomia (Veríssimo, 2002).

Na teoria de Erikson sobre o desenvolvimento psicossocial, a segunda infância corresponde à crise iniciativa versus culpa (Veríssimo, 2002), cujo conflito se prende com o aumento da capacidade de iniciativa que permite à criança maior capacidade de planear objetivos e realizar atividades, em paralelo com a crescente consciência em relação esses planos (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

Nesta fase, a criança já deverá ter adquirido confiança, autonomia e maior controlo motor, pelo que a capacidade de iniciativa se vem associar a todos estes aspectos para uma expansão intelectual (Rebello e Passos, 2008) e maior eficácia em lidar com o ambiente a fim de alcançar os seus objetivos (Veríssimo, 2002).

Por outro lado, podem acabar por se estabelecer sentimentos de ambivalência ou vergonha no reconhecimento de tais objetivos (Veríssimo, 2002) e o despertar de sentimentos de culpa pode levar à sensação de fracasso que gera ansiedade para situações futuras (Rebello e Passos, 2008).

Deste modo, segundo Papalia, Olds e Feldman (2001), a segunda infância corresponde a um período em que as crianças querem e podem fazer e aprender coisas diferentes, ao mesmo tempo que recebem a aprovação social dessas mesmas coisas. Assim, as autoras referem que as crianças têm que aprender a lidar com o conflito entre o desejo de fazer e a dúvida acerca da aprovação dos seus atos.

As autoras referem ainda que a segunda infância se revela um período determinante para o desenvolvimento da autoestima, do autoconceito e da identidade de género, em

que a dimensão social do brincar assume um papel fundamental através da relação com os pares e o meio.

Face ao exposto acerca do desenvolvimento típico, segue-se a revisão bibliográfica acerca da alteração do desenvolvimento no caso escolhido para análise.

2.4.4. Desenvolvimento atípico

Como já referido anteriormente, o desenvolvimento típico pode ser caracterizado por determinados acontecimentos, características e comportamentos de acordo com o que é esperado para cada faixa etária. Quando se verificam alterações significativas nessas características e comportamentos é possível falar sobre um desenvolvimento atípico (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

Deste modo, a avaliação sistemática ao desenvolvimento é fundamental, bem como a consideração de todos os fatores de risco, quer biológicos, quer ambientais, que podem influenciar negativamente o normal desenvolvimento infantil. Facto que permite uma intervenção precoce e adequada, que facilitará a maximização dos pontos fortes da criança e a minimização das dificuldades (Castelo e Fernandes, 2009).

2.4.4.1. Atraso global do desenvolvimento psicomotor

De acordo com o DSM-V, o “Atraso no Desenvolvimento” é reservado a crianças, com idade inferior a 5 anos, quando estas não conseguem cumprir os marcos do desenvolvimento esperados (American Psychiatric Association [APA], 2013), sendo atualmente um diagnóstico atribuído a crianças, cujo perfil de desenvolvimento se encontre dois desvios-padrão abaixo da média dos pares da mesma faixa etária (Ferreira, 2004).

Segundo Ferreira (2004), o atraso global no desenvolvimento psicomotor é definido por dificuldades significativas em vários domínios do desenvolvimento como a motricidade fina, a motricidade global, a linguagem, a cognição e as competências sociais, sendo que alguns destes domínios podem estar mais comprometidos que outros.

Vários fatores podem estar associados a um Atraso Global no Desenvolvimento, desde genéticos a ambientais, ocorridos no período da concepção, nos períodos pré ou

perinatais (Dornelas, Duarte e Magalhães, 2014) ou no período pós-natal (Aircardi, 1998). Os fatores de risco mais prevalentes, segundo Morin e Harstad (2017), são complicações no nascimento (prematuridade, baixo peso à nascença, hipoxia no parto), questões envolvermentais (falta de nutrição, exposição a álcool ou drogas, intoxicação medicamentosa, dificuldades financeiras da família) ou outras condições médicas (infecções crónicas, problemas de visão, doenças com implicações a longo prazo nas atividades diárias da criança).

Embora o termo Atraso Global no Desenvolvimento seja bastante utilizado na área da saúde infantil, não reúne consenso na literatura (Aircardi, 1998; Dornelas, Duarte e Magalhães, 2014; Francoeur, Ghosh, Reynolds e Robins, 2010) pela falta de padronização do termo, que leva à sua utilização, muitas vezes, de forma inadequada e pelo uso de outros termos que, usados de forma semelhante, não têm o mesmo significado (Aircardi, 1998; Petersen, Kube e Palmer, 1998). Assim sendo, as dificuldades conceptuais e metodológicas em definir o termo fazem com que este seja, muitas vezes, aplicado de forma indiferenciada (Dornelas, Duarte e Magalhães, 2014).

Ferreira (2004) enfatiza que estabelecer este diagnóstico pode constituir um desafio, na medida em que a grande variação interindividual verificada nas aquisições das crianças dificulta a precisão de alterações que, mesmo subtis, têm significado.

O termo “atraso no desenvolvimento” começou por ser utilizado mais enquanto preocupação do que enquanto diagnóstico (Petersen, Kube e Palmer, 1998).

Atualmente é efetivamente um termo usado para diagnóstico, mas é importante aplicá-lo de forma descritiva para não se correr o risco de homogeneizar as estratégias e intervenções, não considerando a diversidade que os problemas no desenvolvimento implicam, i.e., não considerando a individualidade dos pontos fortes e menos fortes de cada criança e assumindo, incorretamente, que as crianças assim diagnosticadas têm um “atraso” em todos os domínios do desenvolvimento (Francoeur, Ghosh, Reynolds e Robins, 2010).

Na prática, avaliar o desenvolvimento exige a utilização de instrumentos adequados por uma equipa multidisciplinar e a consideração de todos os fatores que o influenciam, bem como de todos os seus domínios para, deste modo, se poder identificar o que efetivamente não é considerado “normal” e para isso é fundamental um contacto mais prolongado com a criança que permitirá compreendê-la em todos os contextos

(Shevell, 2010). Ferreira (2004) acrescenta que é mais eficaz considerar a avaliação do desenvolvimento infantil como uma vigilância contínua do que um procedimento de rastreio. O autor defende, ainda, que este procedimento deve ter em atenção a gestão das expectativas dos pais, não dando a confiança exagerada de que “desaparece” com a idade, nem dando a ideia negativa de que as dificuldades são permanentes.

Morin e Harstad (2017) realçam que para se diagnosticar um Atraso no Desenvolvimento a criança terá que apresentar (considerando a frequência, intensidade e duração) dificuldade em acompanhar as competências que as crianças da sua faixa etária já possuem e que, para acrescentar a denominação “Global” ao termo, a criança terá que apresentar dificuldades em duas ou mais das seguintes áreas: capacidades cognitivas, capacidades socioemocionais, linguagem, motricidade fina e global e atividades da vida diária.

3. Realização da Prática Profissional

O estágio curricular decorreu de 18 de outubro de 2016 a 30 de junho de 2017 e teve duas modalidades de intervenção: um Programa de Competências Pré-académicas das crianças do pré-escolar e outra relacionada com o acompanhamento de casos individuais relativos a diversas alterações no desenvolvimento.

De acrescentar que, semanalmente, a equipa realizava uma reunião a fim de discutir casos e estratégias, nas quais participei. Tive também a oportunidade de acompanhar os estagiários de licenciatura nas observações, planeamentos e dinamizações das sessões.

Durante o período do estágio curricular foi também desenvolvido, pela equipa terapêutica de Reabilitação Psicomotora, um Programa de Férias Inclusivas, enquanto projeto inovador que será descrito mais à frente neste capítulo.

3.1 Programa de Promoção das Competências Pré-académicas em idade pré-escolar

Como descrito no capítulo anterior, avaliar e intervir nas competências básicas necessárias para a leitura, escrita e matemática, revela-se um processo importante para prevenção ou minimização de dificuldades nas aprendizagens escolares futuras.

Este processo teve como principal objetivo apoiar os educadores na adequação das estratégias utilizadas no contexto pré-escolar para que as crianças que em 2017 completassem os 5 anos de idade (na iminência da transição para o 1º ciclo do ensino básico) pudessem estar melhor preparadas para os desafios da escolaridade. Embora seja este um tema relacionado com a aprendizagem e que facilmente se associa à intervenção com dificuldades de aprendizagem, não deixa de ser um assunto da Intervenção Precoce. Isto porque se revelou um processo tanto de prevenção como de intervenção em dificuldades escolares ou relacionadas com a aprendizagem e que envolveu os principais contextos de cada criança, procurando enriquecê-los com estratégias adequadas e pensadas para cada caso. Da mesma forma que a podemos considerar uma intervenção no âmbito da IP, também podemos compreender a importância da abordagem psicomotora na mesma porque permite à criança

compreender o abstrato partindo do que é concreto, compreender o que a envolve pelo próprio corpo, tendo em consideração o seu todo.

De seguida apresentar-se-á a caracterização do grupo, bem como a metodologia de intervenção utilizada para alcançar os objetivos do programa e, por fim, a apresentação e discussão dos resultados.

3.1.1. Caracterização do grupo

No total, foram avaliadas 19 crianças com idades compreendidas entre os 58 meses (4 anos e 10 meses) e os 70 meses (5 anos e 10 meses). As crianças em situação condicional (que completariam 5 anos depois do dia 15 de setembro de 2017) também foram incluídas na intervenção. As crianças pertenciam aos grupos de pré-escolar (sala laranja e sala azul) do Instituto Condessa de Cuba (ICC). Muito embora pertencessem todas ao mesmo contexto escolar e o mesmo grupo etário, não foram controladas as variáveis socioeconómicas.

Tabela 1-caracterização da população-alvo

	Género masculino	Género feminino	Em situação condicional
Sala Laranja	3	5	1
Sala Azul	5	6	5
Total	8	11	6

3.1.2. Metodologia de intervenção

O Programa de Promoção das Competências Pré-académicas tinha como objetivos:

- Promover as competências pré-académicas através de atividades e estratégias aplicadas no contexto escolar;
- Envolver a família na maximização das competências pré-académicas;

- Sensibilizar o corpo docente para as questões inerentes à aprendizagem e para a importância de estratégias de âmbito psicomotor para potenciar a mesma;
- Melhorar as áreas de desenvolvimento menos fortes de cada criança.

Um período de observação participada antecedeu as avaliações, para que se pudesse estabelecer relação empática e para que as mesmas acontecessem de forma mais natural e menos invasiva para as crianças. As avaliações foram efetuadas com recurso a um instrumento padronizado à população portuguesa que será descrito posteriormente neste capítulo.

Após as avaliações iniciais, foi estabelecido um perfil individual de cada criança, tendo em conta as áreas fortes e áreas menos fortes de cada uma, a partir das quais se vieram a estabelecer as estratégias que se propuseram aos pais e educadoras aplicar nos respetivos contextos.

Os resultados obtidos por cada criança na avaliação inicial foram apresentados em relatórios individuais (exemplar no anexo B) e entregues aos pais, bem como as estratégias propostas (anexo C), tendo em conta as áreas menos fortes de cada uma das crianças. Em paralelo, esses resultados foram também apresentados às educadoras, assim como as propostas de estratégias aplicáveis à rotina de cada uma das salas (anexo D), tendo em conta aquilo que pôde ser observado previamente.

Estratégias essas que procuraram potenciar os domínios em questão através do uso do corpo e do espaço e que foram sendo monitorizadas ao longo dos vários meses decorridos e, pontualmente, ajustadas consoante as necessidades manifestadas pelas educadoras. As estratégias pretendiam melhorar a compreensão verbal, as noções quantitativas, a memória auditiva, a estruturação espaciotemporal, a coordenação visuomotora e a perceção visual através de atividades psicomotoras facilmente aplicáveis no quotidiano escolar e familiar.

As estratégias pensadas para o contexto pré-escolar, procuraram ter em conta as rotinas e atividades de cada uma das turmas, para que a sua aplicação fosse o mais facilitada possível para as educadoras e de certa forma o trabalho feito em cada um dos domínios fosse naturalmente associado às atividades da sala.

Para os pais, foi feito um “caderno” de estratégias (exemplar no anexo F) com atividades que facilmente podiam ser aplicadas às rotinas diárias em casa. Cada um dos “cadernos” de estratégias tinha em conta as áreas menos fortes de cada uma das crianças, pelo que os “cadernos” de estratégias não eram todos iguais. Cada estratégia proposta tinha um espaço reservado para os pais escreverem o desempenho dos seus filhos nas atividades ou alguma observação que achassem pertinente registar. No final do período de aplicação das estratégias, foram recolhidos todos os “cadernos” de estratégias, bem como a folha de registo das estratégias das educadoras a fim de compreender quais os domínios mais trabalhados e se as evoluções apresentadas por cada criança estavam ou não associadas à aplicação das estratégias.

Terminado o período de aplicação das estratégias, foi efetuada uma avaliação final a cada criança com recurso ao mesmo instrumento e no mesmo contexto da avaliação inicial. Por fim, os resultados obtidos foram comparados com os da avaliação inicial e apresentados num relatório final individual aos pais (exemplar no anexo E).

A tabela que se segue, ilustra a calendarização desta intervenção.

Tabela 2-calendarização da intervenção no âmbito das competências pré-académicas

Ação	Data
Observação participada na sala laranja	De 19 a 25 de outubro de 2016
Observação participada na sala azul	De 27 de outubro a 3 de novembro de 2016
Avaliações iniciais	De 7 a 11 de novembro de 2016
Realização dos relatórios iniciais	Dezembro de 2016
Apresentação dos resultados iniciais ao corpo docente do ICC; Entrega dos relatórios iniciais aos pais Entrega das estratégias aos pais e educadoras da sala laranja e sala azul.	Janeiro de 2017
Monitorização das estratégias e resultados	Fevereiro, março, abril e maio de 2017
Avaliações finais e entrega dos relatórios finais	Junho de 2017

O período de observação foi fundamental para que as crianças me conhecessem, se acostumassem à minha presença e, posteriormente, se sentissem tranquilas durante a avaliação para que a eventual falta de relação empática não prejudicasse os desempenhos. Teve também muita utilidade para compreender as dinâmicas dos grupos, a relação das educadoras com as crianças, as atividades e estratégias que usavam e as rotinas e personalidades de cada um.

As avaliações foram realizadas individualmente, num dos gabinetes terapêuticos da EMDIIP, procurando-se que o ambiente fosse descontraído e pouco formal para as crianças. Cada momento de avaliação individual teve a duração de aproximadamente 20 minutos. O instrumento utilizado foi uma Bateria Pré-escolar - “Provas de Diagnóstico Pré-escolar” desenvolvida por Maria Victoria de la Cruz (1996) e será descrito posteriormente.

Feitas as avaliações finais e apreciações acerca das evoluções de cada criança, foi entregue a cada um dos pais um relatório individual que os podia apoiar na matrícula dos filhos no 1º ciclo do ensino básico.

3.1.3. Caracterização do instrumento

A Bateria Pré-escolar “Provas de Diagnóstico Pré-escolar” (Cruz, 1996) tem como objetivo avaliar as competências básicas envolvidas na aprendizagem escolar. Os resultados obtidos pretendem ajudar o educador a planear atividades de desenvolvimento dos domínios menos fortes e facilitar a adaptação às exigências escolares. O instrumento aplica-se, em geral, antes do início da escolaridade, dando indicações sobre a maturidade das crianças para a aprendizagem da leitura, da escrita e da matemática. Poderá ajudar a determinar se as mesmas necessitam de apoio em algum aspeto ou se têm dificuldades que devem ser corrigidas através de estratégias específicas. Os domínios avaliados são: Verbal; Conceitos Quantitativos; Memória Auditiva; Constância da Forma; Posições no Espaço; Orientação Espacial; Coordenação Visuomotora; e Perceção Visual.

O instrumento foi desenvolvido por Maria Victoria de la Cruz (1996) e é dirigido a crianças dos 5 aos 7 anos. Está padronizado para a população portuguesa (N=758) utilizando uma escala percentílica tendo tabelas de normas por escolaridade e por grupo etário.

Para cada domínio, a criança preenche um conjunto de itens através de instruções verbais dadas pelo avaliador que pretendem avaliar a linguagem receptiva e o vocabulário, o sentido de número e as relações numéricas, a memória auditiva, a percepção visual, as relações espaciais e a coordenação visuomotora.

Todas as tarefas de avaliação estão, assim, associadas a competências básicas necessárias para as aprendizagens escolares: a escrita, a leitura e a matemática. A cada domínio é atribuída uma pontuação, à qual corresponde um percentil. No caso do presente estudo foram usadas as normas por grupo etário (5 anos).

Todos os domínios implicam instrução verbal e quase todos pretendem que a criança assinale com uma cruz as imagens que, na sua perspetiva, melhor correspondem ao que é solicitado pelo avaliador. Apenas os domínios Orientação Espacial, Coordenação Visuomotora e Percepção Visual implicam pintar ou reproduzir um desenho. Em anexo (anexo G), apresenta-se uma ficha de registo.

O domínio Verbal é constituído por 16 itens, nos quais se pretende que a criança assinale as imagens que julga corresponderem ao solicitado (e.g.: “coloca uma cruz no que está inclinado”, “coloca uma cruz no que é um alimento”, “coloca uma cruz na peça de roupa”, “coloca uma cruz no que usamos para pintar”). A pontuação máxima deste domínio, que corresponde ao percentil 99, é 16.

O domínio dos Conceitos Quantitativos é constituído por 14 itens, nos quais se pretende que a criança assinale as imagens que julga corresponderem ao solicitado (e.g.: “coloca uma cruz onde vês um par”, “coloca uma cruz onde há mais bolinhas do que quadrados”, “coloca uma cruz na primeira estrela”, “coloca uma cruz na seta maior”). A pontuação máxima deste domínio é 14.

No domínio Memória Auditiva, pede-se à criança que memorize as palavras ditas pelo avaliador e, posteriormente, assinale as imagens que correspondem às mesmas. No total, a criança deve assinalar 7 imagens para obter a pontuação máxima.

No domínio Constância da Forma é pedido à criança que assinale todas as imagens que considera iguais ao modelo apresentado, sendo que no total esta deve assinalar 12 imagens, para obter a pontuação máxima. É descontado 1 ponto por cada imagem assinalada incorretamente.

O domínio Posições no Espaço é constituído por 7 itens, nos quais se pretende que a criança assinale as imagens que estão na mesma posição espacial que o modelo apresentado. A pontuação máxima deste domínio é 14, sendo que a cada item completamente correto se atribui a pontuação 2.

O domínio Orientação no Espaço é constituído por duas partes distintas: a primeira que pretende que a criança pinte duas figuras iguais ao modelo; e a segunda que pretende que a criança reproduza 6 figuras. Caso a criança seja capaz de reproduzir as imagens exatamente iguais, obtém a pontuação 2 em cada uma. Caso reproduza as imagens com a mesma orientação espacial, mesmo que com uma proporção diferente do modelo, obtém a pontuação 1. No total, para corresponder ao percentil 99, a criança deve obter 16 pontos.

No domínio relativo à Coordenação Visuomotora pretende-se avaliar a continuidade do traço realizado pela criança, sem ultrapassar os limites estabelecidos na figura. A pontuação máxima deste domínio é 12, sendo que cada item sem descontinuidades e sem ultrapassar os limites corresponde à pontuação 2.

O domínio da Perceção Visual pretende que as crianças identifiquem as figuras-fundo de duas imagens. Caso sejam capazes de as identificar e assinalar corretamente, a pontuação obtida é 9.

A soma das pontuações obtidas em cada um dos domínios resulta na pontuação total que corresponde também a um percentil. No caso das avaliações realizadas a esta amostra foram considerados abaixo da média todos os desempenhos abaixo do percentil 35, do percentil 35 até ao 50 foram considerados ligeiramente abaixo da média, do percentil 50 até ao 65 foram considerados ligeiramente acima da média e a partir do percentil 65 até ao 99 foram considerados acima da média.

3.1.4. Resultados e discussão da intervenção

Para efeito do presente relatório, apresentar-se-ão de seguida, os resultados gerais da intervenção, pelo que o gráfico seguinte representa a média dos percentis obtidos pelas 19 crianças, em cada um dos domínios nos dois momentos de avaliação. Não obstante, encontra-se no anexo H uma base de dados que discrimina os percentis obtidos por cada uma das crianças, nos vários domínios. Dados esses, que permitem verificar que as crianças não evoluíram todas da mesma forma e, deste modo, permite afirmar que

Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana
 Relatório de estágio de Aprofundamento das Competências Profissionais

as melhorias de cada uma nas suas áreas menos fortes foram também influenciadas pelas estratégias adotadas e não apenas ao fator tempo, uma vez que os domínios em que cada criança evoluiu mais são também aqueles que se verificaram ser mais trabalhados pelos pais e educadoras. Houve ainda domínios nos quais algumas crianças mantiveram os desempenhos e outros nos quais os desempenhos corresponderam a percentis mais baixos. Facto que se pode, eventualmente, associar ao menor investimento de estratégias. De forma geral, seguem-se as médias dos percentis obtidos em cada domínio.

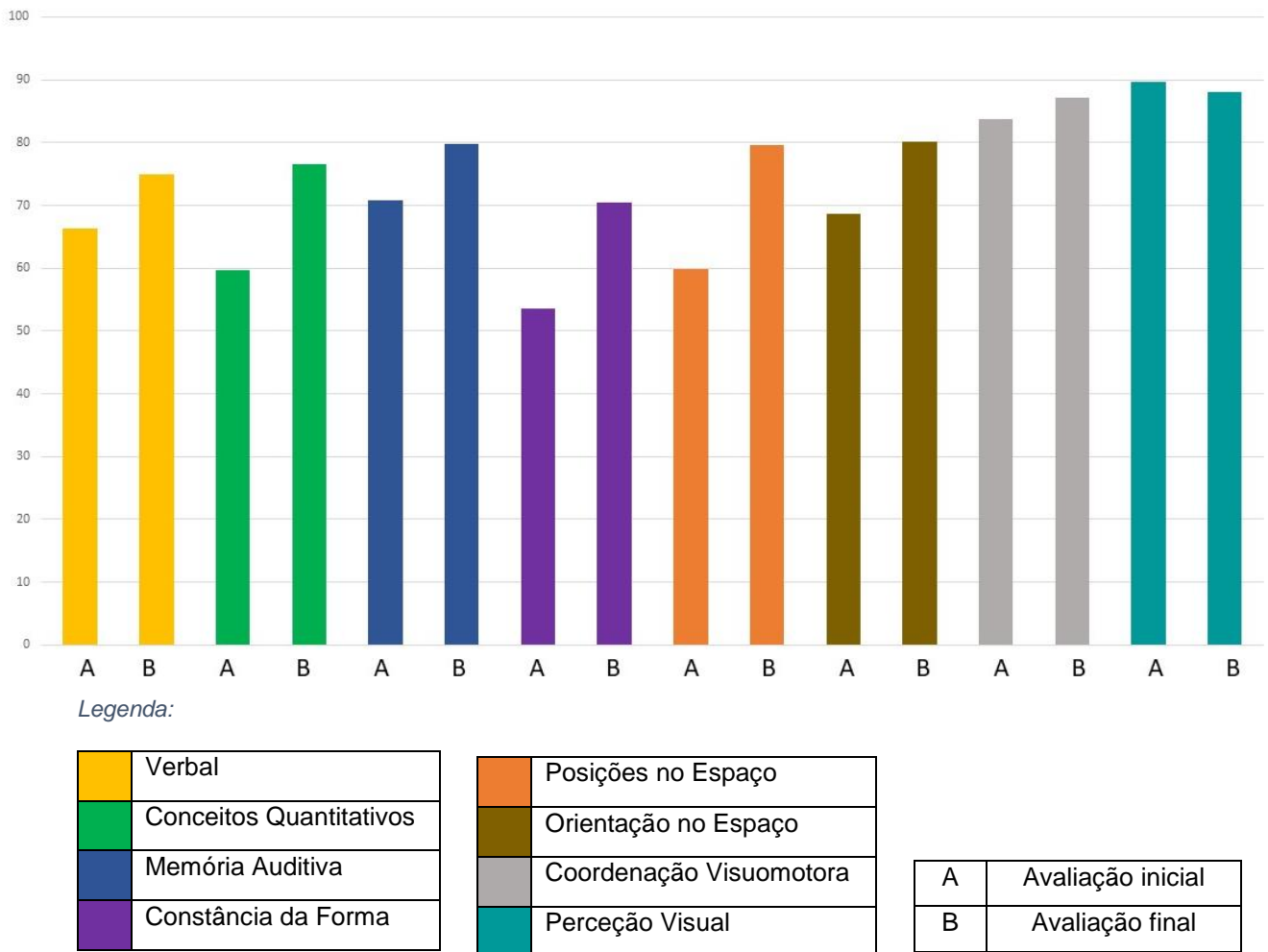


Figura 1: média dos percentis obtidos em cada um dos domínios na avaliação inicial e na avaliação final do Programa de Promoção da Competências pré-académicas

Comparativamente à avaliação inicial, na avaliação final foi possível verificar melhorias em quase todos os domínios avaliados, à exceção do domínio Perceção Visual. Os domínios em que se verificaram mais melhorias foram os relativos aos Conceitos Quantitativos, Constância da Forma, Posições no Espaço e Orientação no Espaço, que por sua vez, também foram os domínios correspondentes a percentis mais baixos na avaliação inicial. Pôde verificar-se que, face aos resultados apresentados ao corpo docente após a primeira avaliação, os domínios correspondentes às áreas menos fortes da maioria das crianças, foram aqueles nos quais as educadoras investiram mais estratégias em contexto de sala. Assim, a maior evolução nesses domínios pode ser justificada pelo maior investimento nos mesmos.

No domínio Conceitos Quantitativos, as dificuldades mais evidentes na avaliação inicial eram, em geral, nos itens relativos às relações numéricas, numeração ordinal e noção de par. Na avaliação final a maioria das crianças apresentaram melhores desempenhos.

Os domínios relacionados com a Estruturação Espacial, nomeadamente Constância da Forma, Posição e Orientação no Espaço, foram notoriamente os domínios mais exigentes para todas as crianças avaliadas, em ambos os momentos de avaliação. Não obstante, verificaram-se desempenhos melhores na avaliação final no que concerne principalmente às posições e direções espaciais e noção de espaço e de dimensão. Os domínios Verbal e Memória Auditiva também foram bastante trabalhados no contexto pré-escolar e demonstraram melhorias não só pela avaliação dos itens dos domínios relacionados, como também pela capacidade de compreensão e cumprimento dos restantes itens do instrumento.

A intervenção realizada teve impacto positivo no contexto familiar e escolar. No contexto familiar porque permitiu alertar os pais para as áreas menos fortes dos seus filhos e lhes permitiu experimentar estratégias e atividades que para além de as melhorar os incluiu ativamente no processo de desenvolvimento da criança e os sensibilizou para a importância do contexto familiar para todos os domínios da vida criança. Por sua vez, no contexto escolar o impacto foi mais notório, tendo chegado por parte das educadoras partilhas bastante positivas acerca das estratégias discutidas, na medida em que influenciaram a reestruturação das dinâmicas dos grupos de pré-escolar para atividades com maior envolvimento corporal. De facto, ensinar e aprender usando o espaço e o corpo torna a aprendizagem mais cativante e mais fácil. Investir e ter em consideração estratégias, por vezes até simples e camufladas no quotidiano das crianças, ajuda-as a apreender melhor a informação. Pensar através da ação e sobre a ação permite

compreender conteúdos abstratos, partindo dos mais concretos. É importante compreender os processos básicos envolvidos na aprendizagem para atuar de forma preventiva sobre eventuais dificuldades escolares no futuro e a prevenção tem de ir além do papel e do lápis. Confinar as crianças a experiências de mesa e papel é também tirar-lhes oportunidades e experiências fundamentais ao seu desenvolvimento.

Para além disso, foi importante sensibilizar para a forma como se dá uma instrução, a desconstrução de um problema em pequenas partes para depois compreender um todo ou simplesmente usar o reforço positivo para aumentar a autoconfiança das crianças, pode marcar a diferença.

O maior desafio desta intervenção foi precisamente a desmistificação das dificuldades de cada criança, junto das educadoras. Cada criança é única, tem o seu ritmo, a sua forma de compreender o que a envolve e cabe aos educadores procurar maximizar cada um dos potenciais.

Seguidamente, apresenta-se a descrição da Intervenção realizada com o estudo-de-caso individual.

3.2. Acompanhamento terapêutico individual

Durante o estágio curricular, foram 8 os casos individuais acompanhados. As sessões decorreram no contexto escolar de cada um dos casos. Ao todo foram realizadas aproximadamente 200 sessões. Um destes casos foi selecionado para estudo, sendo que os critérios para a escolha do mesmo se basearam não só no interesse pela compreensão da alteração do desenvolvimento em questão, mas também na duração da intervenção e na acessibilidade à família. Assim, a intervenção com a M. será de seguida descrita, bem como as informações anamnésicas e resultados das avaliações.

3.2.1. Estudo-de-caso da M.

A M. é uma criança do género feminino, atualmente com 3 anos e 6 meses. Face às preocupações manifestadas acerca do desenvolvimento da M., a educadora encaminhou o caso para a equipa terapêutica da EMDIIP, que acompanha a menina

desde então. De acordo com o relatório médico, a M. tem um Atraso Global no Desenvolvimento Psicomotor com subvisão associada.

3.2.1.1 Caracterização do caso

É uma criança muito meiga, recetiva à relação e tarefas propostas, muito curiosa e que gosta da atenção do adulto. Reside num apartamento, no concelho de Oeiras, com a mãe e o pai, de 36 e 40 anos respetivamente. A M. tem um meio-irmão de 12 anos, com o qual tem boa relação, mas que não reside na mesma morada. Para além da convivência frequente com o irmão, tem também uma relação muito próxima com os avós, com os quais convive diariamente.

Durante o fim-de-semana, período em que passa mais tempo com os pais, a M. costuma brincar, pintar, ir ao parque, ver desenhos animados e ajudar na alimentação dos animais de estimação.

Relativamente ao período pré-natal, segundo a anamnese preenchida pela mãe da M., esta foi a primeira gravidez da mesma e teve acompanhamento médico durante todo o período de gestação, não tendo ocorrido complicações. Quando a M. nasceu a sua mãe tinha 34 anos e o pai 38. O tipo de parto foi cesariana. Após o nascimento, a M. teve que ser internada cerca de 30 horas na neonatologia porque não se alimentava, tendo que ser, inicialmente, alimentada por sonda.

A M. apresenta um problema de visão denominado Nistagmo que se caracteriza por movimentos involuntários nos olhos, repetitivos e não voluntários que dificultam a visão, nomeadamente no que diz respeito à acuidade visual, perceção de profundidade, e que podem comprometer a coordenação motora.

À data do preenchimento da anamnese (anexo I) (janeiro de 2017) a M. não controlava os esfíncteres, à noite dormia sozinha, mas no mesmo quarto dos pais, sendo que quando acordava durante a noite, dormia junto dos mesmos. Para dormir usava chupeta e fralda.

A M. começou a ser capaz de se sentar sozinha aos 12 meses, iniciou a marcha aos 21 meses e começou a falar algumas palavras aos 24. Não se veste sozinha e, segundo a mãe, nem sempre come sozinha.

Verifica-se que a M. tem boa relação com ambos os pais e é de referir a notória necessidade de proteção dos pais para com ela.

No contexto escolar, apresenta boa relação com as educadoras e pares, muito embora tenha dificuldade na iniciativa para brincar com os mesmos. Gosta de estar junto da figura adulta e consegue brincar junto da mesma. Conhece todas os colegas da sua sala e consegue identifica-los quer visualmente, quer verbalmente.

Assim, podem ser considerados como fatores de risco o problema oftalmológico da M. e a superproteção dos pais. Por outro lado, podemos considerar como fatores de proteção a proximidade com a família alargada, o apoio familiar e a disponibilidade do contexto escolar para maximizar o potencial da menina.

3.2.1.2 Calendarização e organização da intervenção

As sessões individuais com a M. ocorreram na sala terapêutica da EMDIIP e tinham a duração de 45 minutos.

Em outubro de 2016 foram observadas duas sessões da menina com o psicomotricista que acompanhava o caso. Após o período de observação, as sessões foram planeadas e dinamizadas por mim e tiveram como base o plano de intervenção já definido de acordo com uma avaliação feita pelo psicomotricista, três meses antes. A decisão de manter o plano terapêutico até janeiro foi motivada pela consideração da sua pertinência no desenvolvimento da menina, pela consideração pelo trabalho já desenvolvido e cuja previsão de intervenção já tinha sido apontada para 6 meses, bem como para ser possível iniciar a prática com apoio do psicomotricista, até se estabelecer relação empática, experiência e confiança para nova avaliação. Para além disso, considerou-se a importância de continuar a investir nos objetivos estabelecidos, para transmitir à família e à criança coerência e continuidade por parte da equipa. A mudança e utilização do caso da M. para estudo foi autorizada pelos pais como é possível verificar no Consentimento Informado (anexo J). Durante esse período, as sessões com a M. eram observadas pelo estagiário do 3º ano do 1º ciclo de Reabilitação Psicomotora.

Em janeiro foi feita nova avaliação, considerada para efeitos do presente relatório a avaliação inicial, e o plano de intervenção foi ajustado de acordo com os resultados obtidos. Nesse período foram também entregues à família o Inventário das Rotinas na Família e o Questionário sobre os Interesses da Família.

Em fevereiro, por sugestão da Direção Técnica da EMDIIP, as sessões com a M. passaram a ser planeadas e dinamizadas pelo estagiário de licenciatura, com minha supervisão e apoio, sendo que se foi dando gradualmente mais autonomia ao estagiário de licenciatura. Os planos de sessão foram sempre revistos em conjunto, bem como as observações acerca das sessões.

Em maio, foi possível aumentar a frequência da intervenção da M., através do pedido de apoio à Segurança Social para financiamento das sessões, uma vez que era uma dificuldade sentida pela família. Mudança essa que se revelou bastante benéfica para a menina. Após terminado o período de estágio do colega de licenciatura, as sessões voltaram a ser dinamizadas por mim.

No total a M. usufruiu de 33 sessões individuais, inicialmente uma vez por semana e posteriormente com frequência bissemanal. Em anexo (anexo L) é possível consultar uma sessão-tipo da intervenção com a M.

3.2.1.3 Caracterização e pertinência dos instrumentos de avaliação utilizados

Tendo em conta a alteração do desenvolvimento da M. e também os instrumentos de avaliação utilizados anteriormente no processo de intervenção da menina, a fim de ter uma forma de comparação, foi utilizada a escala de avaliação do desenvolvimento “Schedule of Growing Skills II” (Bellman, Liingam e Aukett, 1996).

Para além disso, achou-se importante entender de que forma se podia apoiar a família e para tal procurou saber-se, por parte da mesma, quais os interesses e rotinas, tendo sido utilizados o Inventário das Rotinas na Família e o Questionário sobre os Interesses da Família.

3.2.1.3.1 Schedule of Growing Skills II [SGS -II] (Bellman, Liingam e Aukett, 1996)

A “Schedule of Growing Skills – II” é uma escala de avaliação do desenvolvimento que permite traçar o perfil de desenvolvimento de crianças dos 0 meses aos 5 anos, tendo em conta os domínios: postura passiva, postura ativa, locomoção, capacidades

manipulativas, capacidades visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia e cognição (Williams, Hutchings, Bywater e Daley, 2013; Afonso, 2014).

As pontuações obtidas permitem definir um perfil de desenvolvimento, dando uma visão global das áreas fortes e menos fortes da criança (Afonso, 2014).

Tendo em conta a idade cronológica da criança, é possível identificar se o perfil de desenvolvimento está ou não adequado à mesma. Caso o perfil de desenvolvimento se encontre traçado duas ou mais bandas abaixo da idade cronológica, é importante uma avaliação mais rigorosa (Williams, Hutchings, Bywater e Daley, 2013).

Segundo os autores acima referenciados, a duração de aplicação está estimada para 20/30 minutos e a pontuação de cada domínio consiste na atribuição da pontuação do item máximo que a criança é capaz de realizar.

Este instrumento foi considerado o adequado para a avaliação do caso da M., na medida em que é um instrumento que atende aos vários domínios do desenvolvimento, permitindo uma análise qualitativa das capacidades da criança a partir da qual se podem elaborar objetivos concretos. É um instrumento que nos permite medir as evoluções no desenvolvimento, ao mesmo tempo que identifica as áreas fortes e as menos fortes da criança e nos permite ter noção das capacidades esperadas para cada faixa etária (Afonso, 2014).

3.2.1.3.2 Inventário das Rotinas da Família

“Family Routines Inventory” é um inventário que permite, como o próprio nome indica, identificar as rotinas da família, através de 28 itens preenchidos pelos pais da criança (Jensen, James, Boyce, e Hartmett, 1983).

O instrumento foi desenvolvido pelos autores supracitados e cada item corresponde a uma rotina (e.g: os pais leem ou contam histórias”, “a criança participa em alguns trabalhos domésticos”), cuja frequência pode ser classificada desde “Quase nunca”, “1 a 2 vezes por semana”, “3 a 5 vezes por semana” ou “todos os dias”.

É um instrumento importante na medida em que se revela útil para conhecer melhor o contexto familiar da criança e permite sugerir à família estratégias adequadas e pertinentes que facilmente se podem aplicar na dinâmica familiar.

3.2.1.3.3. Questionário sobre os interesses da família

O “Family Interest Survey” é um instrumento que tem como objetivo ajudar no planeamento da intervenção individualizada. Foi desenvolvido por Cripe e Bricker em 1993 e está dividido em três partes: uma relativa à criança, outra relativa à família e a última relacionada com os recursos na comunidade.

Cada item corresponde a um eventual interesse da família (e.g: “saber mais acerca das capacidades e necessidades atuais do meu filho”, “aconselhamento para a família” ou “assistência financeira”) cuja prioridade se avalia de 1 a 3 caso o interesse seja “prioritário”, “estiver interessado, mas não seja prioritário” ou “não estiver interessado neste momento”, respetivamente.

A sua utilidade e pertinência devem-se à importância da informação que o mesmo fornece acerca das perspetivas da família acerca do desenvolvimento e dificuldades da criança e acerca dos apoios e recursos que acham importantes ter.

3.2.1.4. Avaliação inicial

O plano de intervenção anteriormente definido pelo psicomotricista Fábio Faustino, previsto para seis meses e ao qual se deu continuidade até janeiro, indicava as áreas da praxia fina, praxia global, audição, fala, linguagem e autonomia como sendo as áreas menos fortes da menina e aquelas que necessitavam de maior foco terapêutico. Em janeiro foi feita uma nova avaliação, que para efeitos deste relatório se considera a avaliação inicial, a partir da qual se estabeleceu um novo plano de intervenção até junho de 2017.

De seguida, apresentar-se-ão os resultados da avaliação inicial, nomeadamente aqueles que foram obtidos pela aplicação da “Schedule of Growing Skills -II” e as informações obtidas pelo preenchimento do “Questionário sobre os interesses da família” e “Inventário das Rotinas da Família”.

A aplicação do instrumento “Schedule of Growing Skills – II” permitiu traçar o perfil de desenvolvimento que se segue.

Áreas (meses)	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognição
60 meses			20	28		21	22		23	34
			19	27	20	20	21	24	22 21	33 32
48 meses			18	26		19	20		20	31
			17	25 24	19	18	19	23	19 18	30 29 28
36 meses			16	23	18	17	18	22	17	27
			15	22 21	17	16	17	21 20	16	26 25 24
30 meses			14	20	16	15	16	19	15	23
			13	19 18		14	15	18	14	22 21 20
24 meses			12	17	15	13	14	17	13	18
			11 10	16 15	14	12	13 12	16	12 11	19 17 16
18 meses			9	14		11		15	10	15
			8 7	13 12	13	10	11	14	9 8	14 13 12
15 meses			6	11			10	13	7	11
			5	10	12	9	9 8	12 11	6	10 9

Figura 2: Perfil de desenvolvimento obtido pela aplicação da SGS-II na avaliação inicial (janeiro de 2017), em que a idade cronológica da M. era 33 meses

Face aos resultados obtidos na avaliação inicial, na área da **Locomoção**, nomeadamente nos domínios relativos ao Movimento e Equilíbrio, a M. é capaz de apanhar objetos do chão sem cair, demonstrando capacidade de equilíbrio na manipulação e transporte dos mesmos, quer sejam de pequenas ou grandes dimensões. É capaz de caminhar com confiança e autonomamente, sendo capaz de parar e reiniciar a marcha evitando obstáculos. De acrescentar que é capaz de pontapear e bater uma bola grande. A M. é capaz de subir escadas com alternância de pés, demonstrando a aquisição do padrão adulto, no entanto ainda não tem confiança para o fazer de forma independente. Já no processo de descida das escadas, a M. é capaz de o fazer de forma independente e sem alternância de pés, apoiando-se na parede ou corrimão. Nesta avaliação a M. ainda não adquiriu a competência de salto que implica elevar os dois apoios do chão.

No que concerne à área da **Manipulação**, a M. tem a pinça nítida adquirida (oposição completa entre o polegar e o indicador), sendo capaz de pegar em objetos de pequenas

dimensões, transferi-los de uma mão para a outra e colocá-los em locais específicos. A M. é também capaz de folhear as páginas de um livro (uma de cada vez) e contruir uma torre com 3 cubos. Não tem ainda agilidade na manipulação de pequenos objetos. No que concerne às capacidades de desenho a M. é capaz de pegar no lápis ou no pincel utilizando a pega fina e realizando o rabisco circular, muito embora tenha um traço pouco firme e irregular. Nesta avaliação a M. não é ainda capaz de desenhar a figura humana.

Relativamente às **Capacidades Visuais**, a M. mostra interesse em gravuras e é capaz de identificar detalhes das mesmas. Colabora em atividades de emparelhar formas e cores, ainda que necessite de pistas verbais para o fazer da forma esperada. O problema Oftalmológico da M., não revelou ter implicações neste domínio, verificando-se que afeta mais ao nível da coordenação motora e capacidades locomotoras.

No que diz respeito à área da **Audição e Fala**, nomeadamente no domínio da compreensão auditiva, a M. é capaz de identificar mais de 5 partes quer no próprio corpo, quer no corpo do outro, compreendendo os pronomes pessoais (minha, tua). É capaz de seguir uma ordem de dois passos conseguindo identificar os objetos e as ações a realizar com os mesmos. A M. demonstra conhecer as preposições de lugar, quer em relação ao próprio corpo quer em relação a objetos.

Relativamente à área da **Fala e Linguagem**, nomeadamente no domínio da linguagem expressiva, a M. é capaz de usar mais de sete palavras com significado, é capaz de repetir palavras usadas pelos outros, ainda que manifestando dificuldade na articulação das mesmas. É capaz de nomear objetos e figuras familiares.

No que concerne às **Capacidades de Interação Social**, a M. é uma criança com quem é fácil estabelecer uma relação empática e manifesta frequentemente carinho e satisfação. É também capaz de manifestar comportamento rebelde (não colaborar nas atividades) quando contrariada. Gosta de afirmar a sua vontade, sendo por vezes necessário reforçar a instrução da tarefa para que realize o que é pedido. É capaz de explorar as propriedades e possibilidades dos objetos à sua volta e imitar atividades simples da vida diária. É capaz e gosta de brincar junto da figura adulta. Também brinca juntos das outras crianças, embora não interaja tanto como os pares. Não obstante, é capaz de identificar todas as crianças da sala e tem comportamentos sociais adequados para com os mesmos.

Relativamente à **Autonomia**, nomeadamente na alimentação e na higiene, a M. é capaz de segurar a colher e usá-la para colocar comida na boca de forma eficaz, no entanto, segundo a educadora, procura ser ajudada pelo adulto. Começa a ser capaz de manifestar as necessidades de higiene, contudo ainda não o faz num tempo razoável.

No domínio da **Cognição**, cuja pontuação é obtida pela soma do número de itens dos demais domínios, na avaliação inicial, a M. obteve uma pontuação bastante abaixo do esperado para a sua faixa etária, sobretudo devido aos itens não cotados no domínio das capacidades manipulativas (de desenho e empilhar cubos).

Face ao exposto e tendo em conta a idade cronológica da M., o perfil de desenvolvimento obtido através da avaliação inicial é um perfil heterogéneo que indica: como áreas mais fortes os domínios de audição e fala (linguagem recetiva) e autonomia; como áreas menos fortes os domínios da locomoção, fala e linguagem (linguagem expressiva); e como áreas mais preocupantes os domínios da manipulação, capacidades visuais e interação social, sendo estes que tiveram maior foco terapêutico.

De referir que o plano de intervenção que se segue teve em conta os resultados obtidos na avaliação inicial através da aplicação da “Schedule of Growing Skills – II”, bem como as informações obtidas pelo preenchimento do “Inventário das Rotinas da Família” e do “Questionário sobre os interesses da Família”.

O “Inventário das Rotinas da Família” indicou que a família tem como rotinas frequentes “tempo para brincar”, “tempo para conversar”, “jantar em conjunto”, “visita a familiares próximos”, partilha de tarefas domésticas”. De referir que o inventário permitiu averiguar que a criança não participava em nenhuma atividade extracurricular, de âmbito desportivo ou de lazer.

O “Questionário sobre os interesses da família”, por sua vez, indicou que os interesses de maior prioridade para a família estavam relacionados com os apoios da comunidade.

3.2.1.5. Plano de intervenção

Tendo em conta a avaliação inicial, o plano terapêutico da M. foi definido com previsão de atingir os objetivos abaixo discriminados no período de 6 meses.

- **Objetivo geral 1** - Promover o desenvolvimento de habilidades motoras específicas

Objetivos específicos:

- Saltar elevando ambos os apoios
- Correr com confiança evitando obstáculos
- Subir escadas com alternância de pés, sem apoio
- Lançar e receber uma bola de tamanho médio com ambas as mãos
- Colaborar em jogos de imitação de movimentos

• **Objetivo geral 2** - Promover o desenvolvimento da Praxia Fina

Objetivos específicos:

- Imitar o desenho de linha vertical e horizontal
- Imitar o desenho do círculo
- Empilhar pequenos objetos
- Realizar encaixes

• **Objetivo geral 3** - Promover o desenvolvimento das capacidades visuais

Objetivos específicos:

- Reconhecer diferentes tamanhos
- Combinar 4 formas geométricas
- Combinar 4 cores, sem apoio

• **Objetivo geral 4** - Promover o desenvolvimento da Linguagem Expressiva

Objetivos específicos:

- Realizar pedidos verbais
- Nomear 4 cores
- Utilizar mais de duas palavras para formar uma frase
- Utilizar pronomes possessivos (meu/teu)

3.2.1.6. Avaliação final e análise dos resultados obtidos

No momento da avaliação final (junho de 2017) a M. tinha 39 meses, tendo decorrido 6 meses desde a avaliação inicial. Assim, apresenta-se de seguida o perfil de desenvolvimento da M. na avaliação final (linha amarela) em comparação com o perfil de desenvolvimento inicial.

Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana
Relatório de estágio de Aprofundamento das Competências Profissionais

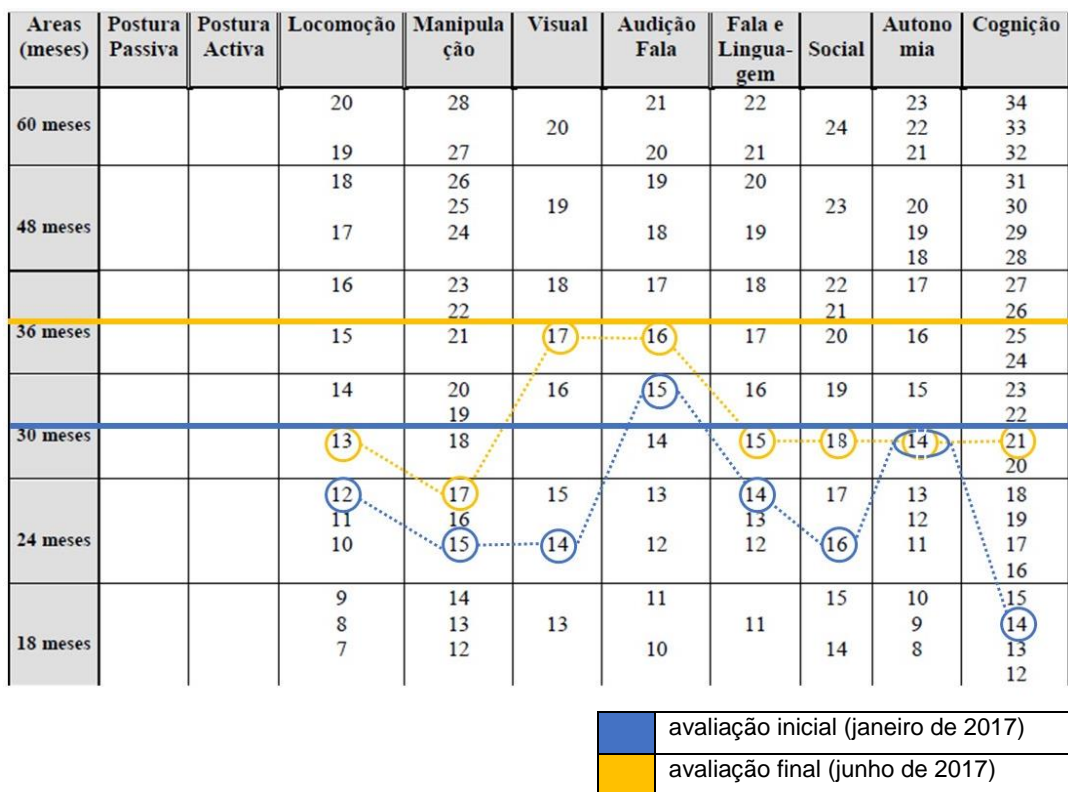


Figura 3: Comparação do perfil de desenvolvimento obtido pela aplicação da SGS-II na avaliação final (junho de 2017) com o perfil de desenvolvimento inicial.

Na avaliação final, a M. apresenta melhorias significativas nas **capacidades locomotoras**, nomeadamente no que concerne à coordenação motora e agilidade. Na avaliação final, a habilidade de salto com os dois apoios em simultâneo apresentava-se iminente. Nesse momento de avaliação, a M. era capaz de subir escadas com alternância de apoios e descer escadas sem alternância de apoios, ambos de forma independente.

No que respeita às **capacidades manipulativas**, na avaliação final a M. apresenta mais precisão e força na pega fina, pelo que a capacidade de imitar uma linha vertical ou horizontal se verifica iminente. A M. já é capaz de contruir uma torre com mais 7 cubos.

Relativamente às **capacidades visuais**, a M. já é capaz de emparelhar cores, formas e figuras sem apoio, sendo capaz de emparelhar 10 cores, 4 formas e mais de 5 figuras.

No que concerne ao domínio da **Audição e Fala**, a M. compreende adjetivos relacionados com as dimensões, consegue cumprir duas instruções e apresenta uma compreensão verbal adequada.

No que respeita ao domínio da **Fala e Linguagem**, a M. usa mais de 7 palavras com significado, sendo capaz de juntar duas ou mais para formar uma frase. Embora, não seja ainda capaz de descrever uma sequência de acontecimentos, comunica com intencionalidade.

Relativamente ao domínio da **Interação Social**, verificou-se que a M. começou a interagir mais com os pares, partilhando brincadeiras e não se isolando tanto junto da figura adulta como havia ser verificado no início da intervenção.

No que respeita às capacidades sociais de **autonomia**, a M. manteve as competências.

A pontuação do **domínio cognitivo** melhorou significativamente por aquisição de competências das demais áreas, nomeadamente das capacidades manipulativas, visuais e de interação social.

O perfil de desenvolvimento obtido na avaliação final indica evoluções significativamente positivas nas áreas visual, social e cognitiva. Em geral, a M. evoluiu em quase todas as áreas, exceto nas capacidades sociais de autonomia.

O facto de o perfil de desenvolvimento não ter evoluído de forma paralela em todas as áreas, permite-nos perceber que as melhorias verificadas não se devem apenas ao fator tempo. As áreas cujas evoluções foram mais evidentes foram as áreas das capacidades visuais e da linguagem expressiva, tendo em conta os objetivos do plano terapêutico alcançados pela M. De enfatizar que no domínio das capacidades visuais a M. teve melhorias bastante mais significativas do que era espectável no plano de intervenção.

O domínio de interação social e o domínio cognitivo melhoraram, possivelmente pela aquisição de capacidades das demais áreas. No caso da área social, a M. começou a interagir mais com os pares possivelmente pela melhoria da linguagem expressiva e recetiva.

As informações obtidas através do Questionário sobre os Interesses da Família levaram-nos a pedir apoio à Segurança Social para ajudar a família nos custos associados às sessões de Intervenção Psicomotora, o que também permitiu que as sessões passassem a ter frequência bissemanal. As informações contidas no Inventário das

Rotinas da Família, permitiram a proposta de estratégias à família para maximizar os objetivos da intervenção. Factos estes que também estiveram na base das evoluções no desenvolvimento da M.

O problema de visão da M., foi colocado em análise no processo, tendo sido recomendados testes oftalmológicos que, de alguma forma, pudessem encaminhar para um apoio nesse sentido.

A análise ao caso da M. permitiu-me refletir sobre o “rótulo” denotativo do diagnóstico atribuído. Efetivamente, na data da avaliação inicial a M. não correspondia ainda a determinadas habilidades e competências esperadas para a sua faixa etária. Na data da avaliação final continua a ter determinadas dificuldades, mas não em todas, nem nas mesmas áreas do desenvolvimento que tinha anteriormente. Não obstante, em ambos os momentos de avaliação e ao longo da intervenção, foi evidente que a M. é uma criança com áreas fortes e capacidades que o diagnóstico, ao apresentar-se “global”, descarta. Na avaliação final, apenas a área das capacidades manipulativas se encontra dois desvios-padrão abaixo da linha cronológica do seu perfil de desenvolvimento.

À data da avaliação final, a M. apresenta ainda determinadas dificuldades e áreas nas quais ainda não corresponde ao que é expectável na sua faixa etária. No entanto, as suas evoluções e conquistas provam-nos que não são dificuldades estanques, nem permanentes e, ainda, que as suas dificuldades comprometem mais uns domínios que outros.

A intervenção com a M. provou ter impacto na sua vida quotidiana, principalmente no contexto familiar e no contexto escolar, e é esse impacto que mede o sucesso da mesma. Os ganhos e conquistas nas sessões terapêuticas tiveram principal impacto na forma com a M. se relacionava com os desafios dos seus contextos e com os outros. As melhorias na área da Linguagem Expressiva influenciaram diretamente a área da Interação Social, porque as conseguir expressar-se melhor também lhe permite ter mais iniciativa para a relação. Teve também influência na Autonomia porque lhe permite fazer pedidos e expressar dificuldades. As melhorias nas áreas da Locomoção e Manipulação permitiram-lhe também acompanhar os seus pares nas atividades do contexto escolar, tendo novas oportunidades de experimentação e aprendizagem.

3.3 Programa de Férias Inclusivas “We(in) Férias”

Este projeto foi desenvolvido e concretizado pela equipa terapêutica de Reabilitação Psicomotora da EMDIIP em parceria com as colónias de férias de Verão do CCD-447 de Oeiras e cofinanciado pelo Instituto Nacional para a Reabilitação (INR).

O objetivo deste programa de férias inclusivo foi dar oportunidade a todas as crianças para que pudessem desfrutar de um verão divertido e cheio de atividades, sem que qualquer dificuldade fosse barreira para a sua participação. O Projeto foi chamado de We(in) Férias precisamente para enfatizar que ao incluir plenamente todos ficam a ganhar.

A população-alvo deste projeto foram crianças com Necessidades Educativas Especiais, com idades entre os 6 e os 13 anos, que participaram, juntamente com outras crianças das mesmas idades, nas diversas atividades desportivas, recreativas e de lazer. Cada criança participante pelo programa We(in) era acompanhada por um monitor adulto com formação para o apoiar nas diversas atividades e rotinas do programa da Colónia de Férias regular já existente. Os monitores tiveram sempre o apoio de uma equipa de coordenação (Fábio Faustino e Vanessa Domingues), responsável pela adequação das tarefas e aumento da participação das crianças nas atividades.

A colónia de férias de verão do CCD-447 de Oeiras, era dividida em grupos de crianças de acordo com a faixa etária, nos quais cada criança participante pelo programa We(in) foi inserida, com o respetivo monitor adulto, cumprindo todo o calendário e todas as atividades do grupo. No anexo M são apresentadas algumas fotografias.

A inclusão não é implica apenas abrir um “espaço” comum a todos nem, por outro lado, criar um “espaço” segregado onde tudo é adaptado e adequado, mas não se promove a verdadeira inclusão. Este foi um projeto ambicioso e inovador que enfatizou a diferença entre pertença e presença. Com ele demos mais um passo para a autonomia, igualdade e bem-estar das nossas crianças, que tiveram a oportunidade de participar em atividade diferentes e desafiadoras em conjunto com as demais crianças da mesma faixa etária.

4. Conclusão e reflexão pessoal

A EMDIIP deu lugar, recursos e sentido ao aprofundamento das competências profissionais. É, na minha opinião, uma instituição exemplar na prática da Intervenção Precoce.

Primeiro, porque olha a criança no seu todo e enquanto indivíduo único, não se focando somente nas dificuldades, mas privilegiando as capacidades e áreas fortes enquanto base para evoluir e melhorar o que é mais difícil.

Em segundo lugar, porque o faz sem nunca descurar a importância da família, que é o principal contexto e o que mais influência tem na vida da criança. Sem conhecer e compreender a dinâmica familiar, não é possível apoiar a criança de forma eficaz e coesa. Trabalhar as capacidades da criança inclui que as mesmas sejam maximizadas, valorizadas e incentivadas no contexto familiar.

Depois, porque procura sempre apoiar a família nas suas dificuldades e preocupações, atendendo ao seu contexto socioeconómico, procurando alternativas, recursos sociais e redes de apoio na comunidade, para que nenhuma criança não tenha o apoio que necessita e merece.

Para além disso, a EMDIIP garante sempre a comunicação com as instituições de ensino, o segundo contexto mais próximo e importante da vida da criança, dando estratégias aos educadores e professores, tendo em conta as preocupações e dificuldades dos mesmos. Uma equipa terapêutica faz muito pouco, se não atender ao contexto familiar e ao contexto escolar.

Por esse motivo, acrescento aos pontos de destaque da EMDIIP o facto de a equipa terapêutica atuar no contexto natural da criança, fazendo-se parte do mundo da mesma.

Concluo que os sucessos da criança se medem fora da sala terapêutica, para além do ambiente seguro e confiável das sessões. Nelas, a criança experimenta, aprende, falha e volta a tentar, mas é na sua vida quotidiana que prova o sucesso e as conquistas. Se não se verificar esse *transfer* é necessário voltar a pensar no plano terapêutico e adequar ainda melhor os contextos.

Nesse sentido, compreendo e defendo a importância da Intervenção Psicomotora como meio de intervir precocemente, incluindo tudo o que abrange fazê-lo: família,

comunidade e educação. Isto porque a Psicomotricidade é uma área muito completa, capaz de abranger muitos domínios do desenvolvimento infantil, não deixando de especificar cada um.

Para além disso, não há, na minha opinião, melhor forma de aprender o mundo, experimentar e apreender do que pelo próprio corpo, pelo imaginário, pelo jogo simbólico e de forma lúdica. Não obstante, um dos ensinamentos mais importantes que retiro destes meses de aprendizagem é que toda a “brincadeira” tem objetivos concretos, intencionalidade e propósito.

Um psicomotricista deve conseguir transformar o “brincar” em oportunidade terapêutica, de forma exigente e rigorosa, sem nunca deixar que a mesma deixe de ser agradável e motivadora para a criança. Deve, ainda, saber mediar a relação terapêutica entre o carinho e a assertividade para conseguir que a criança realize as tarefas propostas com o melhor desempenho possível.

Quer pelo cumprimento das práticas recomendadas pela Intervenção Precoce, quer pelo trabalho e relação da equipa, particularmente no âmbito de Reabilitação Psicomotora, a EMDIIP acrescentou muito ao meu percurso profissional e pessoal. Profissionalmente aprendi a: ter em conta todos os fatores que acima referi como partes fundamentais da intervenção e que enquanto psicomotricistas devemos considerar; a trabalhar em equipa com os profissionais das outras áreas de intervenção (terapia da fala e psicologia) de forma a estabelecer objetivos coerentes entre todas as áreas; a comunicar com as famílias e educadores/professores, sabendo dizer o que é necessário, mas tendo sensibilidade no uso dos termos e palavras; a pensar e desenvolver projetos e programas que procurem inovar e colmatar necessidades existentes; a planear as sessões com objetivos e prazos, mas também a ser capaz de alterar os planos, se necessário, conforme o desempenho e motivação da criança. Pessoalmente tornei-me mais confiante, mais resiliente e confirmei a área em que quero continuar a investir no futuro.

A Intervenção Psicomotora, sendo uma área capaz de reunir todos estes fatores, permite alcançar plenamente os objetivos da Intervenção Precoce, tendo um papel significativo no desenvolvimento e na vida das crianças.

5. Referências Bibliográficas

- Afonso, C. (2014). *Rastreio do Desenvolvimento Psicomotor - influência dos fatores de risco e contributo da Psicomotricidade*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Aircardi, J. (1998). *The etiology of Developmental Delay*. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5, pp. 15-20.
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade: jogos facilitadores de aprendizagem*. Viseu: Psicomossoma.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnotical and Statistical Manual of Mental Disorders Fifht Edition (DSM -5)*. American Psychiatric Publishing .
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bairrão , J., e Almeida, I. (2003). *Questões Actuais em Intervenção Precoce*. *Psicologia*, XVII, pp. 15-29.
- Barreiros, J., e Neto, C. (2005). *O desenvolvimento motor e o Género. Faculdade de Motricidade Humana*. Consultado em www.fmh.utl.pt/Cmotricidade/dm/textosjb/texto_3.pdf
- Brandão, M. T., e Caveirinha, F. (2011). *Redes de apoio social em famílias multiculturais, acompanhadas no âmbito da intervenção precoce: um estudo exploratório*. *Análise Psicológica*, XXIX, pp. 27-45.
- Brandão, M. T., e Reixa, N. (2012). *Intervenção Precoce na Atualidade depois da criação do SNIPI*. *Educação Inclusiva. Pós-Inclusão: Associação Nacional de docentes de Educação Especial*, 3.
- Bruder, M. (2010). *Early Childhood Intervention: A promise to children and families for their future*. *Exceptional Children*, 79, pp. 339- 355.
- Carta, J., e Kong, N. (2007). *Trends and Issues in Interventions for Preschoolers with Developmental Disabilities*. Em S. Odom, R. Horner, M. Snell, & J. Blacher, *Handbook of Developmental Disabilities* (pp. 181-198).
- Carvalho, L., Almeida I., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P., Serrano, A., Brito, T., Pimentel, J., Pinto, A., Grande, C., Brandão, T., Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: ANIP.

- Castelo, T., e Fernandes, B. (Abril de 2009). *Sinais de alarme em desenvolvimento*. Saúde Infantil, 31, pp. 12-17.
- Casto, G., e Mastropieri, M. (1986). *The efficacy of Early Intervention Programs: A Meta-Analysis*. Exceptional Children, 52, pp. 417- 424.
- Center on the Developing Child [CDC] (2017). *Brain Architecture*. Harvard University. Consultado em <http://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/brain-architecture/>
- Combs- Orme, T., Wilson, E., Cain, D., Page, T., & Kirby, L. (2003). *Context-Based Parenting in Infancy: Background and Conceptual Issues*. Child and Adolescent Social Work Journal, 20, pp. 437-472.
- Cordovil, R., & Barreiros, J. (2014). *Desenvolvimento Motor na Infância*. Lisboa: Edições FMH.
- Costa, J., & Fortes, M. (2012). *A importância da Psicomotricidade no processo de alfabetização*. O portal do Psicólogos .
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lidel.
- Cruz, O., e Abreu-Lima, I. (2012). *Qualidade do ambiente familiar- preditores e consequências no desenvolvimento das crianças e jovens*. Revista AMAzônica, VIII, pp. 246-265.
- Decreto-lei nº281/2009. Diário da República - 1ª série- nº193- 6 de outubro de 2009, 7298-7301.
- Division of Early Childhood [DEC] (2014). *DEC Recommended Practices in Early Intervention/ Early Childhood Special Education*. Council for Exceptional Children.
- Dornelas, L., Duarte, N., e Magalhães , L. (2014). *Atraso Global do Desenvolvimento Neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo*. (Elsevier, Ed.) Revista Paulista de Pediatria.
- Dunst, C. (2005). *Framework for Practising Evidence-Based Early Childhood Intervention and Family Support*. Case in Point, 1.
- Dunst, C. (2007). *Early Intervention for Infants and Toddlers with Developmental Disabilities*. Em S. Odom, R. Horner, M. Snell, & J. Blacher, Handbook of Developmental Disabilities (pp. 161-180).

- Dunst, C., e Bruder, M. (2002). *Valued Outcomes of Service Coordination, Early Intervention and Natural Environment*. *Exceptional Children*, 68, pp. 361-375.
- EMDIIP (2015a). Estatutos. Disponível em <http://www.emdiip.com/estatutos-e-regulamentos> a 5 de janeiro de 2017
- EMDIIP (2015b). Regulamento de Funcionamento da Equipa Terapêutica. Disponível em <http://www.emdiip.com/estatutos-e-regulamentos> a 5 de janeiro de 2017
- EMDIIP (2017a). A nossa missão. Disponível em <http://www.emdiip.com/nossa-missao> a 5 de janeiro de 2017
- EMDIIP (2017b). Equipa de Apoio ao Desenvolvimento Infantil. Disponível em <http://www.emdiip.com/equipa-de-apoio-ao-desenvolvimento-infantil> a 31 de janeiro de 2017
- EMDIIP (2017c). Motivação. Disponível em <http://www.emdiip.com/motivacao> a 5 de janeiro de 2017
- EMDIIP (2017d). Regulamento de funcionamento CAFAP. Disponível em <http://www.emdiip.com/estatutos-e-regulamentos> a 7 de janeiro
- Ferreira, J.C. (2004). *Atraso Global do desenvolvimento psicomotor*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº20, pp 703-712.
- Fonseca, V. d. (1999). *Insucesso escolar - Abordagem Psicopedagógica das Dificuldades de Aprendizagem*. Âncora Editora .
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade – Perspetivas multidisciplinares*. Âncora Editora, Lisboa.
- Fonseca, V. (2004). *Psicomotricidade: uma abordagem multidisciplinar*. *Revista A Psicomotoricidade*, nº 3, pp. 18-31.
- Fonseca, V. (2010a). *Manual de Observação Psicomotora - significação psiconeurológica dos seus factores*. Âncora.
- Fonseca, V. (2010b). *Psicomotricidade: uma visão pessoal*. *Construção Psicopedagógica*, São Paulo-SP, 18, pp. 42-52.
- Franco, V. (2007). *Dimensões transdisciplinares do trabalho em equipe em Intervenção Precoce*. *Interações em Psicologia*, 11, pp. 113-121.

- Francoeur, E., Ghosh, S., Reynolds, K., e Robins, R. (2010). *An International Journey in Search of Diagnostic Clarity: Early Developmental Impairment*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, pp. 338-340.
- Gras, R. (2004). *Discapacidad e intervención psicomotriz en la atención temprana. Vínculo, diferenciación y autonomía*. Cuadernos Fhycs - UN, pp. 101-106.
- Guranilck, M. (2000). *Early Childhood Intervention: Evolution of a System*. Focus on autism and other developmental disabilities, 15, pp. 68-79.
- Hanson, M., e Bruder, M. (2001). *Early Intervention: Promises to keep*. Infants and Young Children, 13(3), pp. 47-58.
- Heckman, J. (2006). *Investing In Disadvantaged Young Children is An Economically Efficient Policy*. Iowa Business Council, Early Childhood Summit, pp. 1-68.
- Jensen, E., James, S., Boyce, T., & Hartmett, S. (1983). *The family Routines Inventory: development and validation*. Soc. Sci. Med, 17, pp. 201-211.
- Meisels, S., & Shonkoff, J. (2000). Early Childhood Intervention: a continuing evolution. Em S. Meisels, & J. Shonkoff, *Handbook of Early Childhood Intervention - Second Edition* (pp. 3-31). Cambridge University Press.
- Morin, A., e Algermissen, M. (2017). Developmental Milestones. Obtido de Understood for learning & attention issues: <https://www.understood.org/en/learning-attention-issues/signs-symptoms/developmental-milestones>
- Morin, A., e Harstad, E. (julho de 2017). What you need to know about Developmental Delay. Obtido de Understood for learning & attention issues: <https://www.understood.org/en/learning-attention-issues/treatments-approaches/early-intervention/what-you-need-to-know-about-developmental-delays>
- Oliveira, S. (2014). *Desenvolvimento de Competências Profissionais na área da Psicomotricidade e Intervenção Precoce - Dissertação de Mestrado em Reabilitação Psicomotora*. Faculdade de Motricidade Humana - Universidade de Lisboa .
- Papalia, D., Olds, S., e Feldman, R. (2001). *Desenvolvimento Humano*. ARTMED.
- Petersen, M., Kube, D., e Palmer, F. (1998). *Classification of Developmental Delays*. Seminars in Pediatric Neurology, 5, pp. 2-14.

- Piaget, J. (1972). *Desenvolvimento e Aprendizagem* (traduzido por Paulo Francisco Slomp). Em C. Lavattelly, & S. Stendler, Reading in child behavior and development.
- Pinto, A., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I., Felgueiras, I., Pimentel, J., . . . Lopes-dos-Santos, P. (2012). *Early Childhood Intervention in Portugal*. *Infants & Young Children*, 25(4), pp. 310-322.
- Rebello, E., e Passos, J. (2008). Erikson e a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento. Obtido de <http://josesilveira.com/artigos/erikson.pdf>.
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(2), 114-119.
- Rossi, F. (2012). Considerações sobre a Psicomotricidade na Educação Infantil. *Revista Vozes dos Vales da UFVJM*, 1.
- Serrano, A., e Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention: The portuguese pathway towards inclusion. *Revista de Educación Inclusiva*, 4, pp. 1-19.
- Shevell, M. (2010). *Present Conceptualization of Early Childhood Neurodevelopmental Disabilities*. *Journal of Child Neurology*, 25, pp. 120-126.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI] (2016). Rede de Serviços [documento no site]. Consultado em: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx> a 15 de maio
- Tegethof, M. I. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias* (Vol. I). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Universidade do Porto.

6. Anexos

Anexo A

Anexo B

Anexo C

Anexo D

Anexo E

Anexo F

Anexo G

Anexo H

Anexo I

Anexo J

Anexo L

Anexo M