



EMÍLIA MADALENA FREIRE DE MAGALHÃES

**INTERVIR PRECOCEMENTE: UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA
PSICOLOGIA**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010



EMÍLIA MADALENA FREIRE DE MAGALHÃES

**INTERVIR PRECOCEMENTE: UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA
PSICOLOGIA**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010

EMÍLIA MADALENA FREIRE DE MAGALHÃES

INTERVIR PRECOCEMENTE: UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA PSICOLOGIA

ASS. _____
(AUTORA)

ORIENTADORA. __ MESTRE SUSANA MARINHO _____

Dissertação apresentada à Universidade
Fernando Pessoa, como
parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia
de Educação e Intervenção Comunitária.

Resumo

A apresentação do presente estudo resultou de uma pesquisa intensiva sobre a intervenção precoce, tendo como principal objectivo explorar o fenómeno experiencial de uma família com uma criança com problemas de desenvolvimento. A criança foi acompanhada na instituição que frequenta (Creche), surgindo como questões de investigação a determinação do seu perfil de desenvolvimento, como se estrutura a rede de suporte formal e informal da sua família, a caracterização das rotinas diárias da família e identificação das suas necessidades. Os instrumentos utilizados foram “The Schedule of Growing Skills II” para rastreio das áreas de desenvolvimento da criança, a Escala de Avaliação Do Apoio Social à Família, o Inventário de Rotinas na Família, o Inventário das Necessidades da Família, entrevista de Anamnese para recolha de dados referentes à família. Nos resultados verificou-se que a criança apresenta resultados abaixo dos esperados para a sua idade cronológica nas áreas de postura activa, locomoção, visão, fala e linguagem, interacção social, cognição, o que poderá indicar risco de atraso desenvolvimental. A família, apresenta em várias áreas necessidade de informação e apoio social e familiar, tendo sido igualmente constatado que tem poucas rotinas familiares que integrem a criança. Conclui-se que a presença de uma criança com provável atraso de desenvolvimento representa várias dificuldades e levanta necessidades específicas à família, pelo que se propõe um plano de Intervenção Precoce de modo a responder a essas necessidades e promover o desenvolvimento da criança e fortalecimento das competências e sentido de controlo da família.

Palavras-chaves: Intervenção precoce, desenvolvimento, criança, família.

Abstract

The presentation of this study was the result of extensive literature research on early intervention and aims to explore how the family experience having a child with developmental problems. The child is in a child care institution and his development is more slowly compared with other children. The research questions are to determine the profile of child development, to know the network of formal and informal support from family, to characterize the daily routines of family and to verify the family needs. The instruments used were the Rating Scale for Social Support, the Family Routines Inventory and the Family Needs Survey, Anamnesis, and The Schedule of Growing Skills II. The results point that there is a child development delay in specific areas such as active posture, locomotion, vision, speech and language, social interaction, cognition. Concerning the family the results show the absence, in several areas, of information and social and family support, and there are also few routines involving child and family. We can conclude that this family presents several difficulties concerning the social support network and concerning the child at risk of developmental delay by lack of proper stimulation and life experiences. Attempting to respond to their needs and to enabling and reinforcing family skills, we present an early intervention proposal.

Keywords: Early intervention, development, child, family.

A criança deve ser respeitada
Na dignidade do seu nascer,
Do seu crescer,
Sado seu viver.
Quem amar verdadeiramente a criança
Não poderá
deixar de ser fraterno:
Uma criança não conhece fronteiras,
Nem raças
Nem classes sociais:
Ela é o sinal mais vivo do amor,
Embora, por vezes, nos possa parecer cruel.
Frágil e forte, ao mesmo tempo,
Ela é sempre a mão da própria vida
Que se nos estende, nos segura
E nos diz:
Sê digno de viver!
Olha em frente!

Araújo (2008)

AGRADECIMENTOS

Expresso a minha gratidão aos pais da criança que sempre acederam amavelmente à minha solicitação.

À Mestre Susana Marinho pelo apoio constante, motivação e pela valia das suas sugestões e pertinentes correcções.

Ao Presidente da Câmara Municipal de Paredes por ter autorizado o estudo.

À minha família pela compreensão e pela motivação de todos, para que eu termina-se mais uma etapa na minha vida.

À minha amiga Marina por todo o seu apoio incondicional, pela paciência, pelas horas que dispensou para me ajudar em tudo que necessitei, por todos os conselhos e por toda a sua afectividade.

Ao meu marido Pedro, pela paciência incondicional que demonstrou ter principalmente na finalização do estudo, pelas noites que dispensou para me ajudar, pela preocupação constante do meu bem-estar.

A todos um Bem-Haja!

Índice Geral

Resumo	ii
Abstract	iii
Agradecimentos	v
Índice Geral	vi
Índice de Quadros	viii
Abreviaturas	ix
Introdução	1
Parte I – Enquadramento teórico	
Capítulo I	
1.1 Desenvolvimento normativo dos 0 aos 2 anos	3
1.1.1 Domínio do desenvolvimento físico e psicomotor	3
1.1.2 Domínio cognitivo	13
1.1.3 Domínio sócio-emocional	19
Capítulo II	
1. Factores de risco desenvolvimental	27
1.1 Risco biológico	28
1.2 Risco ambiental	31
2. Intervenção precoce	35
2.1 Teorias de intervenção precoce	37
2.2 Modelos centrados na família e nos contextos naturais	41
Parte II – Estudo Empírico	48
1. Objectivo	48
2. Questões de investigação	48

3. O método	48
3.1 Método qualitativo	48
3.2 O estudo de caso	50
3.3 Participantes	51
4. Material.....	51
4.1 Instrumentos	51
4.1.1 A anamnese	51
4.1.2 Schedule of Growing Skills II	56
4.1.3 Escala de avaliação do apoio social à família.....	58
4.1.4 Inventário de rotinas na família.....	60
4.1.5 Inventário das necessidades da família	62
5. Procedimento	65
6. Resultados.....	67
6.1.1 Resultados de Schedule of Growing Skills II.....	67
6.1.2 Resultados da escala de avaliação de apoio social à família	68
6.1.3 Resultados do inventário de rotinas da família.....	68
6.1.4 Resultados do inventário das necessidades da família	69
7. Discussão dos resultados	71
Proposta de intervenção precoce.....	78
Conclusão	79
Referências	81

Índice de Quadros

Quadro I – Calendário das grandes etapas do desenvolvimento motor(Vauclair, 2004).....	6
Quadro II – Os sub-estádios da inteligência sensório-motor segundo Piaget (1945)	14
Quadro III – Os estádios de permanência do objecto (Piaget, 1945)	16
Quadro IV – Fases de desenvolvimento de vinculação (Bowlby, 1980).....	21

Abreviaturas

IP – Intervenção Precoce

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção na Infância

PIAF – Plano Individualizado de Apoio à Família

EPIS – Associação dos Empresários para a Inclusão Social

SGS II – Schedule of Growing Skills II

NE – Necessidades especiais

Introdução

A Intervenção Precoce (IP) é um campo profissional em profundo desenvolvimento e que ganha cada vez mais sentido na sociedade actual. Em Portugal, num período recente, temos assistido a um crescimento significativo da atenção dada ao atendimento à criança com deficiência ou em risco, bem visível na aprovação do documento que regulamenta a IP a nível nacional (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

A IP é de eminente importância, o envolvimento dos pais (ou outros principais prestadores de cuidados) na intervenção como a criança tem sido defendida nos últimos tempos. O caminho percorrido até aos actuais modelos da IP foi longo e teve contributos práticos e teóricos. A nível prático podemos referir o papel dos pais como co-terapeutas, a participação da família, os movimentos de educação compensatória e o envolvimento de famílias com crianças em risco ambiental e o desenvolvimento de programas compensatórios (Robison, Rosenberg, & Beckman, 1988).

A nível conceptual, várias teorias no âmbito da psicologia do desenvolvimento e da psicologia da educação tiveram grande influência no campo da IP actual. Entre elas destacam-se o modelo sistémico da família de Von Bertalanffy de 1968, o modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979), o modelo transaccional de Sameroff e Chandler de 1975 e o modelo de apoio e reforço das potencialidades da família de Dunst, Leet e Trivette (1988).

A família começa a ser encarada como receptora e agente activo no programa de intervenção (Almeida, 2004). A avaliação e intervenção centradas na família obrigaram a repensar modelos tradicionais, de forma a incluir uma perspectiva ecológica e sistémica, com práticas baseadas num modelo de fortalecimento das competências da família (Correia & Serrano, 2000; Pimentel, 2004a).

A intervenção não pode ter sucesso se as mudanças forem operadas exclusivamente nas características individuais da criança, pois tal visão reducionista não poderá nunca explicar mais do que uma pequena proporção da variação do desenvolvimento. São necessárias igualmente mudanças no ambiente familiar e social da criança, assim como uma visão da complexidade do desenvolvimento para melhores e mais frutíferos resultados de

intervenção. O Modelo Transaccional traz para a Intervenção Precoce as bases teóricas para a compreensão da génese dos problemas do desenvolvimento e para uma intervenção a diferentes níveis, lançando um desafio importante aos profissionais que procuram eficazmente melhorar a vida de crianças e famílias que encontraram a Intervenção Precoce no seu percurso de vida (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

Nesta perspectiva e procurando integrar as concepções teóricas sobre o desenvolvimento na primeira infância e sobre a intervenção precoce com a prática vivenciada num contexto educativo de creche, emergiu o interesse pelo tema do qual resultou o presente estudo de caso. O presente documento aqui apresentado encontra-se organizado de acordo com os seguintes aspectos:

Na primeira parte referente ao Capítulo I considerou-se importante a revisão da literatura sobre o desenvolvimento normativo dos 0 aos 2 anos. Da mesma forma foi importante esclarecer as características do desenvolvimento físico e psicomotor, cognitivo e sócio-emocional. No Capítulo II foi importante clarificar os factores de risco desenvolvimental, o risco biológico, o risco ambiental, a intervenção precoce, as teorias de intervenção precoce e os modelos centrados na família e nos contextos naturais.

Na segunda parte referente ao estudo empírico, primeiramente são estabelecidos o objectivo e as questões de investigação. Aborda-se a metodologia utilizada ao nível do participantes, material e procedimento. Em seguida, são abordados e discutidos os resultados e apresentada uma proposta de Intervenção Precoce. Posteriormente, apresenta-se uma reflexão crítica onde são abordadas as principais conclusões da presente tese, e referidas algumas propostas para futuras investigações e implicações para a prática clínica.

Parte I - Enquadramento Teórico

1.1 Desenvolvimento normativo dos 0 aos 2 anos

1.1.1 Domínio do Desenvolvimento Físico e psicomotor

O desenvolvimento da criança começa no útero na hora da concepção e prolonga-se nos meses e anos a seguir. É um processo contínuo.

O desenvolvimento físico na criança é tão importante como o psicológico. O desenvolvimento físico está relacionado: com o tamanho da criança, peso, capacidades sensoriais e motoras em diferentes faixas etárias (Rappaport, Fiori, & Herzberg, 2005).

Os marcos motores atingidos na primeira infância são de facto um dos sinais mais óbvios de desenvolvimento do bebé (Slater & Bremner, 2005). O desenvolvimento das capacidades motoras tem implicações muito importantes, pois a capacidade de intervir no mundo afecta todos os outros aspectos do desenvolvimento, cada novo sucesso traz consigo um grau crescente de independência. Um dos exemplos de independência é quando os bebés começam a rastejar, ao revelarem-se independentes na mobilidade, naquele momento começa umas das mudanças centrais do desenvolvimento inicial (Slater & Bremner, 2005).

Todas essas transformações afectam o desenvolvimento emocional e social, a comunicação, a apreciação de alturas e compreensão da distância e do espaço (Campos, Anderson, Barbu-Roth, Hubbard, Herteinstein & Wirtherington, 2000).

Segundo Slater e Bremner (2005), durante a primeira infância há uma sequência de desenvolvimento de distintos marcos motores. Ao nascer, o bebé apresenta uma série de reflexos e capacidades vitais de sobrevivência, tais como: mamar, olhar, respirar e chorar.

Certos reflexos do recém-nascido têm uma função adaptativa essencial, como os automatismos de sucção e de deglutição. O reflexo de orientação da cabeça, bem como os reflexos labiais de sucção e deglutição, têm uma importância evidente, não só para a função nutricional, como pelo seu papel no desenvolvimento da criança (Vauclair, 2004).

O reflexo de preensão, ou também chamado reflexo de preensão palmar e plantar desenvolve um estímulo muito importante, sendo possível levantar-se quando se agarra assim. A partir dos três quatros meses, esse reflexo é suprido pela preensão voluntária (Vauclair, 2004).

Segundo Vauclair (2004), os reflexos de Moro e de Babinski fornecem notáveis índices do funcionamento neurológico normal da criança. O reflexo de Babinski, também designado como reflexo plantar cutâneo, tem um papel muito importante no exame neurológico da criança. Porém, na sequência de estimulação da planta do pé, se a resposta do dedo grande, for dada em extensão lenta e não em flexão, os pediatras ou neurologistas podem declarar com certeza a presença de um sinal de Babinski, permanecendo assim uma lesão da via motora piramidal.

Para testar o reflexo da marcha automática, o recém-nascido tem que ser colocado na vertical, para que exista contacto da planta dos pés com o suporte de uma mesa, a criança apoia-se activamente sobre os pés e endireita-se estendendo as pernas e as coxas. Declinando suavemente a criança para a frente, esta efectua então movimentos interpolados de extensão e flexão dos membros inferiores que a impulsionam para a frente. “Este reflexo, normalmente presente à nascença, desaparece por volta dos três quatro meses” (Vauclair, 2004, p.70).

Existem mais dois reflexos merecedores de referência: o reflexo pré-alcance (*prereaching*), ainda denominado como alcance desencadeado pela *visão*, sucede-se “quando o recém-nascido estende simultaneamente a mão para um objecto que chama a sua atenção e realiza movimentos para o segurar” Vauclair (2004, p.72). A criança não alcança o objecto ou porque a sua mão se fecha demasiado cedo ou demasiado tarde. Pelos dois ou três meses, o reflexo de pré-alcance transforma-se em alcance controlado pela visão, pois a criança já consegue coordenar o acto de agarrar e de alcançar (Vauclair, 2004).

O segundo reflexo e não menos importante é o reflexo tónico assimétrico do pescoço *Asymmetrical Tonic Neck Reflex* [ATNR]. A importância e particularidade desse reflexo é a assimetria.” Ao deitar a criança de costas rodando-lhe a cabeça para um dos lados, constata-se uma extensão dos membros que ficam localizados do lado para onde a

cabeça foi orientada” (Vauclair, 2004, p.72). Sendo este reflexo observado por volta do segundo e terceiro mês, extingue-se ou atenua-se aos seis meses.

A teoria da maturação de Gesell e Ames (1940), retira a ênfase das diferenças individuais entre crianças e realça a importância da maturação. No entanto, este autor vê a maturação seguindo um cronograma herdado em que as habilidades e capacidades emergem em uma sequência pré-definida. Gesell acredita que devido ao facto de o bebé e a criança estarem sujeitos a forças do crescimento previsíveis, os padrões de comportamento resultantes não são estranhos ou acidentais. Esses padrões são, no seu ponto de vista, produtos finais previsíveis de um processo de desenvolvimento total que funciona numa sequência específica (Slater & Bremner 2005). Ele descreve quatro níveis de maturidade: motor, adaptativo, linguagem e pessoal-social. De acordo com esse ponto de vista, a organização do comportamento começa antes do nascimento e segue o seu caminho da cabeça aos pés – direcção cefalo-caudal. Num resumo do desenvolvimento ele descreve os seguintes pontos de referência (Slater & Bremner 2005).

No primeiro trimestre do primeiro ano de vida (16 primeiras semanas), o recém-nascido ganha o controlo sobre os músculos e nervos da face (envolvidos na visão, audição, paladar, sucção, deglutição e olfacto). No segundo trimestre (de 16 a 28 semanas), o bebé começa a desenvolver o comando dos músculos do pescoço, da cabeça e move os seus braços intencionalmente. O bebé tenta pegar nos objectos. No terceiro trimestre (de 28 a 40 semanas), o bebé ganha o controlo do tronco e das mãos, começa a pegar objectos, passá-los de uma mão para a outra e demonstrar afecto por eles. No último trimestre (de 40 a 52 semanas), o controle estende-se às pernas e pés do bebé, assim como aos dedos indicadores e polegares, para permitir pegar pequenos objectos, o bebé nesta fase também começa a falar (Vauclair, 2004).

No segundo ano, o bebé anda e corre, fala algumas palavras e frases com clareza, adquire o controlo sobre a bexiga e o intestino, e começa a desenvolver um sentido de identidade pessoal e de posse (Slater & Bremner 2005). Segundo Gesell (1979), cada espécie animal tem a sua própria sequência e a sua experiência tem pouco ou nenhum efeito sobre o desenvolvimento motor.

Vauclair (2004), refere que o colossal leque das aptidões motoras corresponde habitualmente a três grandes categorias: as aptidões locomotoras, as aptidões posturais que estão relacionadas com a posição sentada e as aptidões de manipulação que dizem respeito à preensão.

A motricidade afecta quase sistematicamente a percepção, no entanto é necessário considerar que o desenvolvimento de uma é influenciado pelo desenvolvimento da outra. O desenvolvimento da locomoção está articulado com a presença de estereotipias rítmicas que subsistem na repetição de certos movimentos tais como oscilações, agitações, pontapés, andar de bicicleta (Vauclair, 2004).

Thelen (1987), nas suas observações, concluiu que as estereotipias aumentavam, mesmo antes da criança começar a rastejar, logo as novas habilidades motoras não surgem de repente antes resultam da coordenação de um leque de outras capacidades perceptivas e motoras. Exemplificando, a utilização de uma colher para se alimentar implica a mobilização de vários sistemas musculares que intervêm em várias acções e percepções. Todos os movimentos estão implicados, tais como o desenvolvimento do pulso, do osso do pulso, a coordenação do olhar e da mão para possibilitar o reajustamento do movimento da colher em direcção a boca.

Quadro I- calendário das grandes etapas do desenvolvimento motor (Vauclair, 2004).

Idade	Habilidades locomotoras	Habilidades posturais	Habilidades de manipulação
2-3 meses		Em posição ventral erguer a cabeça a 90°	Tentar agarrar objectos à vista
5-8 meses	Rastejar	Manter-se sentado sem apoio	Alcançar e agarrar unimanualmente
5-10 meses	Gatinhar	Apontar o dedo em direcção a objectos	Realizar pinças finas por meio da oposição polegar-indicador
10-13 meses	Caminhar na vertical	Combinar objectos	Utilizar a colher

Há três etapas que marcam o desenvolvimento corporal: o controlo da cabeça, a aquisição da posição sentada e da posição de pé. Normalmente, a partir do quinto mês, a criança mantém-se sentada, mas a posição com as costas planas só aparece por volta dos

oito meses. A partir dos nove meses, a criança é capaz de se manter em pé com um apoio. Dos onze aos doze meses, a criança consegue manter-se de pé sozinho (Vauclair, 2004).

Na perspectiva Gesell (1979), o primeiro estágio situa-se entre o nascimento e o primeiro mês de vida da criança. Posteriormente ao nascimento existe um período de instabilidade que constitui o conjunto das primeiras adaptações ao novo meio de vida. No entanto, por volta das quatro semanas o bebé consegue um certo equilíbrio fisiológico, tendo feito progressos consideráveis:

- Torna-se menos flácido, frágil e a sua musculatura está mais organizada;
- Há um maior amadurecimento do ponto de vista neurológico, as fibras nervosas de milhões de células nervosas efectuaram novas conexões e aperfeiçoaram as anteriores;
- A respiração é mais regular e profunda;
- A sucção e deglutição são mais seguras, não se engasgando com tanta facilidade;
- Não é tão susceptível de se assustar;
- A regulação da temperatura é mais firme (ibidem).

O segundo estágio vai do fim do primeiro mês aos sete meses. Segundo Gesell (1979), por volta do mês e meio até aos três meses existe um período de instabilidade, evidenciando um desejo de maior contacto social. Esta carência vai ser resolvida graças aos progressos na postura e na musculatura óculo-motora, ao iniciar-se o quarto mês.

O bebé de quatro meses é um investigador visual activo do seu meio ambiente. “Gosta que o mudem de posição, mantém a cabeça direita quando está na vertical e vira-a de um lado para o outro”. Está menos voltado para si próprio e mais empenhado em explorar o meio ambiente. É a altura da pesquisa demorada das suas mãos, que já não estão predominantemente fechadas (Borges, 1987, p.72).

Esta exploração visual colabora bastante para o amadurecimento dos seis pares de músculos que fazem mexer os olhos nas órbitas e possibilitam procurar a luz (estímulo privilegiado). No entanto ao tornar-se mais receptivo, também se torna mais expressivo,

sorri, vocaliza, faz birras, pode dar gargalhadas. Os quatro meses são assim uma fase de segurança e de comportamento adequado (Borges, 1987).

Por volta dos cinco meses aparecem novamente sinais de desequilíbrio e transição, a criança começa a discriminar as caras estranhas das conhecidas, tornando-se sensível às mudanças bruscas e gosta de estar sentada, sem no entanto o conseguir (Borges, 1987).

Aos sete meses é quando a criança vai conseguir sentar-se relativamente bem, sendo esta fase para Gesell (1979), o apogeu da manipulação. A criança mexe em tudo o que esteja ao seu alcance, explorando o tamanho, forma, peso e a textura das coisas. O polegar é utilizado com mais destreza, já vocaliza uma série de vogais e consoantes e começa a juntar. Os sete meses são caracterizados por uma certa estabilidade afectiva, é uma criança sociável, sabe interpretar as reacções das outras pessoas, os seus gestos e atitudes. Existe uma facilidade de alternar a “actividade espontânea relacionada consigo própria (brincar com os objectos) e uma actividade que implique um relacionamento social, sendo ao mesmo tempo independente e sociável” (Borges, 1987, p.73).

O terceiro estágio vai dos sete aos dezoito meses. Existe neste estágio uma série de fases de equilíbrio e desequilíbrio (Borges, 1987).

Os oito meses, constituem uma fase de instabilidade: a criança tenta agora sentar-se sem o apoio que antes aceitava, havendo uma certa actividade a nível postural. Aos dez meses há uma fase de equilíbrio comportamental. A criança já sabe sentar-se sozinha, pode minimamente pôr-se de pé agarrada à mobília, as suas manipulações são mais finas, coloca o polegar e o indicador em oposição: a nível social possui uma percepção mais discriminativa e uma capacidade de imitação aperfeiçoada, como por exemplo, bater palmas, dizer adeus com a mão, etc. (Borges, 1987).

Aos onze meses surgem novos medos e acanhamentos face a desconhecidos, começam a diminuir por volta de um ano de idade (Borges, 1987).

Um ano de idade, o equilíbrio da criança fica preciso, pois está a adquirir a posição vertical: gosta de agarrar objectos e deixá-los cair para os voltar a apanhar; depois de ter aprendido a agarrar, está agora a aprender como largar. Contudo, como não domina

totalmente os seus músculos extensores, os seus movimentos são bruscos e desajeitados. Já é capaz de um jogo de vaivém, dois a dois: imita os gestos do adulto ao largar a bola (aos 10 meses, passava-se o contrário, mantendo-se agarrado ao objecto); prefere ter audiência e ser aplaudido pela demonstração daquilo que mostra ser capaz de fazer; começa a reconhecer-se a si próprio e a diferenciar-se melhor dos outros (Borges, 1987).

Os quinze meses caracterizam-se por uma nova fase de desequilíbrio: a criança que acabou de adquirir a marcha, e contribui para a afirmar a sua independência, insiste em realizar tarefas sozinha, anda constantemente de um lado para o outro, é mais exigente, demonstrando uma energia muito vincada. Arremessa os objectos com força: é mais afirmativa, auto exige coisas de si própria, como por exemplo; insiste em comer sozinha ou tirar peças de vestuário, como as botas. Quer tirar partido das suas novas habilidades; faz um risco imitativo no papel, constrói uma torre com dois cubos, deixa cair uma bola dentro de um frasco, tem uma compreensão escassa da estampa na capa de um livro (Borges, 1987).

Aos dezoito meses: uma nova de desequilíbrio se estabelece. A energia locomotora é muito forte, tendo enorme vontade em deslocar-se de um lado para o outro, inicia a marcha e pára bem, mas não consegue dobrar uma esquina. A sua atenção é fundamentalmente centrada no aqui e agora, tem pouca percepção dos objectos distantes. Para o autor, inicia-se agora a actividade intelectual: a criança é capaz de executar recados simples e tem o sentido das conclusões, os seus actos têm um sentido finalização, por exemplo, fechar uma porta, dar o seu prato após terminar uma refeição, guardar um objecto dentro de uma caixa, entre outras coisas mais (Gesell, 1979).

Segundo o autor que descreveu vários gradientes do crescimento ou sistemas de estádios especiais que consistem numa série de graus de maturidade, à medida que a criança prossegue vai se dirigindo para um nível de comportamento mais elevado. A sequência destes estádios é inalterável, mas a data do seu aparecimento não, os gradientes de crescimento funcionam como um quadro de referência para se poder localizar o nível de maturidade (Gesell, 1979).

Segundo Gesell (1979), o desenvolvimento equivale a uma espiral ascendente, contendo equilíbrios e desequilíbrios consecutivos e alternados, cumprindo as seguintes leis:

1. A primeira lei é da direcção do desenvolvimento psicomotor: a maturação tem tendência a progredir em direcções cefalo-caudal e próximo-distal.
2. A segunda lei é do entrelaçamento recíproco e da flutuação auto-reguladora das funções: ao longo do desenvolvimento há uma flutuação mais ou menos periódica na dominância das funções, a qual é controlada por um mecanismo de auto-regulação.
3. A terceira lei é da reincorporação em espiral ou da espiralidade ascendente: ao longo do desenvolvimento os estados sucedem-se, não de forma linear, mas sim a custo de retornos a comportamentos antigos integrados nos mais recentes (a figura utilizada para ilustrar o processo de desenvolvimento).

Os factores de desenvolvimento nas divergentes perspectivas acentuam níveis de elaboração diferentes, sendo estes os factores biológicos, sociais e culturais. No entanto estas perspectivas, subjacentes ao desenvolvimento da criança e do ser humano, têm colocado em relevância, dois tipos de factores de desenvolvimento os biológicos e os sócio-culturais, ponderando-os separadamente ou destacando a sua interacção (Gesell, 1979).

Os factores biológicos reportam-se à hereditariedade e à maturação fisiológica e neurológica. Gesell (1979), concede um papel relevante à maturação, ponderando, tal como os outros psicólogos, que as modificações desenvolvimentais estão relacionadas com o organismo da forma como se desenvolve e o desenvolvimento espontâneo do sistema neurológico, muscular e hormonal sendo a sua maturidade fundamental para o desenvolvimento das competências motoras e psicológicas. Há uma valorização do factor biológico, considerando inexequível separá-lo do social, funcionando como um complemento no ser humano.

No entanto os factores sociais e culturais, estão inseridos no contexto de um meio físico social que rodeia a criança desde a sua concepção (Borges, 1987).

Na teoria da aprendizagem social, há uma atribuição de grande relevância aos processos cognitivos, a criança observa o comportamento dos outros conduzindo-a a descobrir formas de recombinação dos elementos presentes no seu repertório e denominando ainda a atenção para o processo de interiorização dos valores parentais e sociais abrangidos no processo. É importante realçar, o facto das crianças, serem participantes activas no processo de ambientação social (Borges, 1987).

Os primeiros anos de vida, em especial o primeiro, têm muita importância para o desenvolvimento da inteligência, da afectividade, das relações sociais, ocorrendo de forma rápida. Qualquer perturbação nessa fase poderá, se não for detectada a tempo, diminuir as capacidades futuras. Embora a maturação neurológica seja crucial, Gesell (2003), não se esqueceu das condições de vida da criança.

Os recém-nascidos são dependentes das necessidades biológicas para a sua sobrevivência, têm pouca actividade física, os seus movimentos são sem controlo e involuntários por ausência de coordenação, o sistema nervoso é imaturo e apresentam muitos reflexos Gesell (2003).

No 1 mês começa a mover a cabeça e a levantá-la quando colocada de costas ou em decúbito dorsal, é capaz de movimentar os braços, mas sem controlo, o seu Ritmo de sono mais é regular; Segue com os olhos pessoas em movimento; Sorriso e vocalização podem aparecer. No 2 meses a actividade geral é mais intensa há controlo da cabeça, mantendo-a firme quando segura pelo ombro, existe a coordenação do músculo ocular, olha na direcção de onde vêm ruídos, os movimentos das mãos são coordenados com movimentos dos olhos, tenta alcançar objectos, reconhece a pessoa que satisfaz suas necessidades a mãe (Gesell, 2003).

Aos 3 meses os movimentos intencionais dos braços e mãos estão mais adiantados do que os do resto do corpo. A criança acompanha com o corpo o movimento dos braços ao tentar alcançar os objectos. Olha para todas as direcções mas não fixa a atenção nos objectos por muito tempo, rola da posição de lado para a de costas, é capaz de emitir sons e demonstra gostar de companhia (Gesell, 2003).

No 4 mês há o reflexo de agarrar começa a ser substituído pela preensão voluntária; Segura qualquer objecto com firmeza, dorme pequenos períodos durante o dia; Pode manter a cabeça erguida e nota mudança da pessoa que a cuida e mudança de local. O 5 mês há uma maior actividade motora. Mantém a cabeça recta com o tronco em posição vertical há interesse pelo ambiente, distingue expressões faciais, reconhece a mãe e pode demonstrar medo de estranhos (Gesell, 2003).

No 6 mês rola da posição de costas para a posição abdominal, levanta o tronco, estando deitado, segura melhor com os dedos é capaz de permanecer sentada, há interesse nas actividades ao seu redor. O 7 mês existe menos preensão palmar, pode começar a gatinhar, transfere objectos de uma mão para outra, começa a demonstrar compreensão de palavras e começa a imitar (Gesell, 2003).

Ao 8 mês há maior actividade e coordenação motoras, fica sentado sozinho, graças ao sistema neuromuscular, usa ambas as mãos com habilidade existe melhor compreensão das palavras. No 9 mês apresenta nítida preferência por uma das mãos é capaz de pronunciar sílabas é capaz de estabelecer contacto social limitado há uma grande actividade motora (Gesell, 2003).

No 10 mês pode conseguir ficar em pé sozinha ou andar com auxílio, segura objectos com muita firmeza. Aos 11 meses move-se e explora o ambiente, anda com auxílio (algumas sozinhas); Pronuncia palavras, compreende perguntas simples, observa pessoas. Aos 12 meses anda, há uma melhor coordenação muscular; Capacidade para empilhar objectos; Interesse por toda espécie de actividade; Continua a imitar; Maior capacidade de contacto social; Sente ciúme, medo, cólera, ansiedade; Tem percepção das emoções dos outros (Gesell, 2003).

Dos 12 a 18 meses anda só e explora a casa e seus arredores, empilha 2 ou 3 cubos; enche recipientes, pronuncia 5 ou 6 palavras e manifesta ciúmes e reacções de rivalidade no jogo, com irmãos mais velhos (Gesell, 2003).

Ocorrem três fases essenciais para a locomoção: a recaptação, a propulsão quadrúpe e a marcha bípede. A recaptação institui o primeiro meio de locomoção do bebé. Esse inicia a partir dos seis meses, a criança desloca-se sobre os membros superiores, sem

levantar o corpo nem recorre aos membros inferiores. Por volta dos oito meses, ocorre a propulsão quadrúpede, consistindo na alternância dos movimentos dos quatro membros com o abdómen levantado, mas, nem todas as crianças passam por esta fase (Vauclair, 2004).

Por último, a marcha bípede, normalmente ocorre por volta dos dez meses, enquanto a posição de pé é adquirida por volta dos nove meses. Quando a criança é agarrada pelas duas mãos pode dar os primeiros passos, mas é por volta de um ano que é capaz de marchar agarrado por uma só mão. Nos meses que se seguem, a criança passa a andar de forma autónoma (Vauclair, 2004).

1.1.2 Domínio Cognitivo

O comportamento característico de cada estágio do desenvolvimento é decidido pela interacção que existe entre os factores biológicos, as possibilidades internas do organismo, e as interacções sociais que são as condições exteriores à sua existência (Borges, 1987).

As grandes teorias contemporâneas do desenvolvimento cognitivo são em alguns aspectos antagónicas, noutros complementares. A primeira teoria é a de Piaget (1936). Uma das abordagens é a do processamento da informação, cujo defensor é Siegler (2001), é uma teoria que diz respeito a situações e conhecimentos ecologicamente importantes para a adaptação da criança, defendida por Carey e Spelke (1994). Há cerca de trinta anos para cá, existem outras teorias qualificadas de neo ou pós-piagetianas, como tal a de Karmiloff-Smith (1992), que tenta, sob o nome de redescrição representacional, apresentar uma síntese entre a teoria dos conhecimentos fundadores e a teoria piagetiana.

Todas estas abordagens são apresentadas com a preocupação de salientar os respectivos contributos para a percepção do desenvolvimento da criança, e têm como objectivo cobrir um vasto período do desenvolvimento cognitivo, até à adolescência (Vauclair, 2004).

A teoria elaborada por Piaget, cuja ancoragem remete para a biologia, é uma das características mais notáveis na sua teoria, pois a inteligência estabelece a continuação da adaptação biológica. Contudo há continuidade entre os domínios biológico e cognitivo. Ao longo dos processos de desenvolvimento individual, para dar conta dessa passagem, Piaget recorre a conceitos funcionais e estruturais, sendo estes processos designados de assimilação e acomodação, as invariantes funcionais que certificam a sequência entre os planos biológicos e psicológico (Atkison, Atkison, Smith & Bem, 1995).

Piaget (1945) elaborou a sua teoria relativa ao desenvolvimento da inteligência na criança, particularmente entre o nascimento e os dois anos, sem recorrer às investigações em laboratório. A recolha de dados foi baseada na observação dos seus próprios filhos, duas raparigas e um rapaz. Eram sugeridas situações de jogos ou de resolução de problemas, sendo observadas todas as reacções espontâneas do contexto tendo em conta as expectativas e hipóteses do pai/investigador. Os critérios científicos não são respeitados, no entanto os dados recolhidos são uma referência para várias gerações de investigadores (Dolle, 1997).

Quadro II - Os Sub-estádios da inteligência sensório-motor segundo Piaget (1945)

Nome do sub-estádio	Idade	Aquisição
Estádio 1	Nascimento a 1 mês	Desenvolvimento reflexo
Estádio 2	1 mês aos 4 meses	Reacções circulares primárias
Estádio 3	4 meses aos 8 meses	Reacções circulares secundária
Estádio 4	8 meses aos 12 meses	Coordenação das reacções circulares secundárias
Estádio 5	12 meses aos 18 meses	Reacções circulares terciárias
Estádio 6	18 meses aos 24 meses	Representações mentais

O objectivo dos seis sub-estádios sensório-motores, é descrever as relações que o recém-nascido e depois a criança mantêm com os objectos, se existem alterações à medida que a criança vai crescendo e se desenvolvendo, entre o nascimento e os 24 meses (Vauclair, 2004).

O primeiro sub-estádio é caracterizado pela modificação de várias actividades reflexas com que as crianças estão providas à nascença. A área de interesse de Piaget foi a evolução dos reflexos de sucção e preensão, que se tornam progressivamente mais complexos graças aos processos de assimilação e acomodação, aplicando-se nos objectos do meio que o bebé vai encontrando (Dolle, 1997).

Segundo sub-estádio, é do primeiro mês aos 4 meses, é o das reacções circulares primárias. São reacções que se prolongam nos exercícios dos reflexos e que se ajustam nas actividades reflexas que até aí estavam isoladas. Um exemplo dessa situação é quando a criança eleva um objecto à boca, primeiro agarra o objecto com uma das mãos, o bebé ao longo deste estágio reproduzirá acções interessantes das quais utiliza a circularidade, sendo limitadas ao próprio corpo (Dolle, 1997).

A reacção circular primária que surgiu no estágio precedente dizia respeito ao próprio corpo da criança, mas pouco a pouco, após ter aplicado este método ao próprio corpo, a criança vai utilizá-lo nos objectos exteriores é desta forma que surge o terceiro subestádio que é assinalado por novos comportamentos, tais como, deslizar um objecto com a mão de forma repetida ou ainda sacudir de forma repetida que emite um som agradável, são chamadas as reacções circulares secundárias que são realizadas dos 4 aos 8 meses, estas reacções estão centradas num resultado produzido no meio exterior e a acção tem como único objectivo manter este resultado. A reacção circular marca bem a passagem entre a passagem entre a actividade reflexa e a actividade propriamente inteligente, ou seja ela tende a reproduzir todo o resultado interessante obtido pelo meio exterior, sem que a criança dissocie ainda, nem agrupe, os esquemas assim obtidos (Dolle, 1997).

No quarto subestádio ocorrem os primeiros relações estabelecidos, entre os objectos. Exemplo disso é quando a criança coloca um objecto sobre outro, isso significa que existe uma tomada de consciência dos efeitos das suas acções, levando a criança a

distinguir os meios e os objectivos, por exemplo, puxar um fio para se apoderar de um objecto que está preso a uma das extremidades (Dolle, 1997).

No quinto subestádio, entre os 12 e os 18 meses, denominado por reacções circulares terciárias, é a descoberta de meios novos por experimentação activa, os objectos já são manipulados pela criança. As reacções circulares terciárias são o ponto de partida funcional no plano sensório motor (Dolle, 1997).

O sexto subestádio é o da combinação mental dos esquemas, no qual a criança já consegue representar mentalmente as suas acções, já adquiriu a competência de descobrir objectos escondidos e imitação prorrogada. Este subestádio faz a transição entre a inteligência sensório-motora e a inteligência representativa que tem início por volta dos 2 anos com o aparecimento da função simbólica ou simiótica (Dolle, 1997).

Segundo Piaget (1945), o conceito de permanência do objecto significa que a criança toma consciência de que um objecto continua a existir quando ele abandona o campo perceptivo. Se, se esconder um objecto num esconderijo, e várias vezes, a criança consegue encontrá-lo sistematicamente; em contrapartida se esconder o objecto no esconderijo B, constata-se que a criança continua a procurá-lo no esconderijo A. Piaget descreveu seis estádios na construção dessa permanência do objecto.

Quadro III - Os estádios da permanência do objecto (Piaget, 1945)

Nome do estádio	Idade	Reacções da criança
Estádio 1	Nascimento aos 2 meses	Não há reacção ao desaparecimento do objecto
Estádio 2	2 aos 3 meses	Mímicas de desapontamento, lágrimas, não há procura
Estádio 3	6 aos 8 meses	Permanência prática ligada à acção (antecipação); procura no espaço próximo
Estádio 4	6 aos 12 meses	Procura do objecto completamente escondido, erro A não B
Estádio 5	12 aos 18 meses	Domínio das deslocações visíveis sucessivas
Estádio 6	18 aos 24 meses	Domínio das deslocações invisíveis.

Piaget defende que a inteligência, tem como objectivo uma melhor adaptação dos seres humanos aos seus ambientes, de um ponto de vista biológico, o conhecimento

também pode assim ser encarado como um instrumento de adaptação do indivíduo ao seu meio (Vauclair, 2004).

O conhecimento da criança é construído activamente com os objectos que o rodeiam observando os resultados das suas acções. Piaget sugere o conceito de esquema, para descrever as acções do indivíduo, um esquema é a estrutura ou a organização das acções tal como se transferem ou se generalizam aquando da repetição dessa acção em circunstâncias semelhantes ou análogas (Piaget & Inhelder, 1966).

Um dos exemplos importantes a referir é o reflexo da sucção, inicia-se a partir de um reflexo que têm uma função alimentar. Este esquema de sucção dá conta de todas as acções de sucção exteriorizadas pelo recém-nascido. Todos os objectos que sejam acessíveis ao bebé serão sugados, e modificará rapidamente a sua sucção em função das características dos objectos, adaptando-se textura, forma, ou tamanho e também reconhece um objecto anteriormente sugado (Vauclair, 2004).

Os quatro subestágios são muito diferentes uns dos outros, cada um revela uma maneira diferente na qual um indivíduo reage ao seu ambiente. Como um interacionista, Piaget acredita que cada subestágio do desenvolvimento ocorre como resultado da interacção entre a maturação e o ambiente. Ele também acredita que a inteligência ou o comportamento inteligente é a habilidade de se adaptar. Mesmo o comportamento não-verbal, até o ponto em que é adaptativo, é inteligente (Slater & Bremner 2005).

Sensório-motor - neste subestágio (do nascimento aos 2 anos de idade), a criança transforma-se num ser que responde na maior parte das vezes com reflexos, para alguém capaz de organizar as actividades sensório-motoras em resposta ao ambiente, como põe exemplo, alcançar um brinquedo. O bebé vai se organizando e suas actividades ficam menos aleatórias. Através de cada encontro com o ambiente, ele progride de um estágio de reflexo para o estágio de aprendizagem, sendo uma tentativa erro e solução de problemas simples (Slater & Bremner 2005).

Existindo um estreito relacionamento entre a actividade motora e a percepção dos bebés, Piaget designou os dois primeiros anos de vida como estágio sensório motor, durante este período, os bebés estão ocupados a descobrir o relacionamento entre as suas

acções e as consequências dessas. Eles descobrem, por exemplo, até onde precisam ir para agarrar um objecto, o que acontece quando empurram o seu prato para fora da mesa, e que a sua mão é parte do seu corpo, mas a grade do berço não. Os bebés vão começar a desenvolver um conceito de si mesmo como separados do mundo externo, isso acontece através das suas experiências (Atkison, Atkison, Smith, & Bem, 1995).

É importante salientar que durante este estágio, há consciência da permanência do objecto, ou seja, o objecto continua a existir mesmo quando não está presente. Se um tecido é colocado sobre um brinquedo que um bebé de oito meses tenta pegar, ele pára imediatamente e parece que perde o interesse. O bebé não fica preocupado e age como se o objecto nunca tivesse existido. Comparando com um bebé de 10 meses, este irá procurar o objecto que foi escondido. O bebé mais velho percebe que o objecto existe, embora esteja afastado da sua visão, e portanto, adquiriu o conceito de permanência do objecto. Isto implica que o bebé possui uma representação mental do objecto ausente, mesmo nesta idade a busca é limitada. (Atkison, Atkison, Smith, & Bem, 1995).

Pré-operacional - neste estágio (dos 2 aos 7 anos), o pensamento de uma criança, de acordo com os padrões de um adulto, é ilógico e totalmente concentrado em si próprio. Ela começa a usar símbolos para representar objectos, lugares e pessoas. Os símbolos, imagens que representam algum objecto ou pessoa, são sensações visuais, sonoras ou de toque invocadas internamente. Nas brincadeiras, uma criança age de acordo com sua visão do mundo, usando um sistema de símbolos para representar o que ela vê em seu ambiente (Slater & Bremner 2005).

Operacional concreto – no estágio operacional concreto (de 7 a 11 anos), a criança começa a ganhar a capacidade de pensar de maneira lógica e entender os conceitos que usa ao lidar com o ambiente ao seu redor (Slater & Bremner 2005).

Operacional formal – ela chegou no estágio operacional formal (acima dos 12 anos), quando começa a pensar em termos abstractos e concretos. Adolescentes, por exemplo, podem discutir tantos problemas teóricos como reais (Slater & Bremner 2005).

No ponto de vista de Piaget, o desenvolvimento do conhecimento é um processo activo e depende da interacção entre a criança e o ambiente. A criança não possui um

conjunto pré-definido de habilidades mentais e nem é um recipiente passivo de estímulos do ambiente. A partir da infância, o movimento cada vez mais dá lugar ao pensamento e o aprendizado continua a ser um processo interactivo (Slater & Bremner 2005).

Para Piaget, a acomodação e assimilação constituem o princípio de todo o desenvolvimento, do engrandecimento das estruturas internas, nas actividades mais adaptadas à actual realidade, a criança não se acomoda em arrecadar impressões, ela vai construindo activamente a sua própria organização e as suas próprias capacidades a partir dos materiais que depara em si mesma e no seu ambiente (Vayer & Roncin, 1988).

Estes processos caracterizam duas fases de uma mesma organização, jamais existe a acomodação se não existir a assimilação. Estes dois processos interagem entre si, é através da sua interferência em todas as actividades que transmitem conhecimento, desde os primeiros reflexos às operações matemáticas mais emaranhadas (Vauclair, 2004).

Segundo Piaget (1945), a inteligência é a adaptação das pessoas às diversas situações do quotidiano, resolvendo os problemas que surgirem. Toda esta adaptação manifesta-se ao longo do desenvolvimento, nomeadamente há assimilação de novos objectos e esquemas, por vezes só a acomodação não chega, pois os esquemas são mais complexos, e com estruturas de acção mais complicadas. Sendo necessário um impulso, ou uma força para que as modificações funcionem, este processo é designado por equilíbrio, representado a origem e o impulso das construções cognitivas.

1.1.3 Domínio Sócio-emocional

O processo de socialização tem vindo a ser alterado, as crianças eram moldadas pelas práticas educativas dos pais, estas assumiam particularidades perante as crianças em que estes lhe atribuíam determinadas recompensas ou punições, não seria necessário procurar mais além dos pais e das suas acções socializadoras. Todavia tem vindo a verificar-se que as crianças são capazes de desempenhar uma grande intervenção no seu próprio desenvolvimento, tem se tornado visível que longe de estarem à mercê de quaisquer forças extrínsecas que por ventura encontrem, as crianças escolhem e moldam activamente o seu próprio ambiente envolvente (Schaffer, 1996).

Segundo Schaffer (1996), um psicólogo pode ter a pretensão de determinar em que medida um recém-nascido já está sintonizado com a voz humana, atribuindo superior atenção a este som do que qualquer outro de intensidade análoga, de modo a determinar se chega ao mundo com certos mecanismos adaptados ao inter-relacionamento social.

A primeira relação que a criança tem com os pais, ou quem está a tomar conta do mesmo domina-se por vinculação, ou seja, é um elo emocionalmente significativo de vínculo estável com esse indivíduo. Usualmente é feita a distinção entre vinculação e o comportamento vincutivo; a vinculação é como um indivíduo elabora os sentimentos de uma criança em relação às outras pessoas; o comportamento vincutivo, é a forma de expressar os sentimentos (Schaffer, 1996).

Segundo Schaffer (1996), as vinculações nas crianças jovens são caracterizadas pelos seguintes aspectos:

1. São selectivas, isto é, focam-se num indivíduo particular que activa o comportamento vincutivo de um modo até um ponto que não se verifica nas outras pessoas.
2. Envolvem a procura de proximidade física sendo feito um esforço para manter a proximidade ao objecto de vinculação.
3. Proporciona bem-estar e segurança, sendo este o resultado de atingir a proximidade ao objecto da vinculação.
4. Geram a angústia da separação quando o elo é quebrado e a proximidade não é atingida.

A característica principal da vinculação é a proximidade, pois esta é manifestada de forma mais óbvia e sincera pela criança. Sendo o sistema vincutivo uma rede mais complicada de sentimentos, emoções, atitudes e crenças, o seu suporte de crescimento e de desenvolvimento é tão simples como a indispensabilidade de estar perto do progenitor. Os pais retribuírem os sentimentos da criança, dando-lhe protecção, cuidados e segurança, sendo estes os cuidados mínimos. A vinculação funciona, como um porto de abrigo, no qual a criança pode se aventurar e explorar o ambiente (Schaffer, 1996).

O estudo mais influente acerca da constituição da vinculação é dado por John Bowlby (1980). Apoiar-se na teoria de informação, na psicanálise e na teoria do controlo, mas o que mais o influenciou foi a etiologia, das origens evolucionárias e nos objectivos biológicos do comportamento.

A maior parte do trabalho referido anteriormente, preocupava-se com os padrões de comportamento animal, Bowlby aglomerou os estudos para funções mais complexas que abrangessem o relacionamento social em humanos. Assim concluiu que a criança está biologicamente propensa para desenvolver vinculações com os indivíduos que cuidam dela, em virtude da sua herança genética (Slater & Bremner 2005).

Para o bem-estar da criança, esta deve estar preparada para estabelecer e sustentar a proximidade com os progenitores, como por exemplo, agarrar-se às pessoas, chorar. Sendo eficaz quando há complementaridade do desenvolvimento do sistema de vinculação dos pais no decorrer da evolução. A função biológica da vinculação é, portanto, a protecção da criança, a função psicológica é proporcionar segurança. Mediante esta informação, as crianças encontram-se geneticamente delineadas para manter a proximidade com a mãe, para quando precisarem de ajuda, e por sua vez a mãe está preparada para corresponder aos sinais (Schaffer, 1996).

Nos primeiros dois anos de vida, há várias transformações na vinculação, logo Bowlby expôs um esquema de quatro etapas para mostrar estas mudanças.

Quadro IV - Fases de desenvolvimento de vinculação (Bowlby, 1980)

Nome	Idade (em meses)	Principais características
1. Pré-vinculação	0-2	Resposta social indiscriminada
2. Vinculação em curso	2-7	Reconhecimento de famílias
3. Vinculação bem definida	7-24	Protesto pela separação; preocupação com estranhos; comunicação intencional
4. Parceria de objectivos	24 e mais	Relações mais ambíguas. As crianças compreendem as necessidades dos pais.

As crianças inicialmente aceitam carinho e afecto de qualquer pessoa, mas a partir do terceiro mês a criança muda de atitude, pois já reconhece indivíduos específicos, sendo os estranhos recebidos com hesitação ou até medo. É nesta altura que surge o medo da separação, ou seja a criança chora se não vê o indivíduo (Schaffer, 1996). Sendo uma ansiedade de separação seja esta da casa ou daqueles a que a criança está vinculada podendo se manter por um período de pelo menos quatro semanas (American Psychiatric Association, 2002), quando isso acontece a criança já é capaz de formar relações interpessoais e vinculativas que passam a ser constituídas por sistemas vinculativos dirigidos a indivíduos (Schaffer, 1996).

Os modelos de funcionamento internos são construídos a partir de todos os pormenores do mundo, sendo mais relevantes os relacionamentos interpessoais da criança. No entanto o modelo que a criança tem de si própria é construído através destes relacionamentos. Se uma mãe é punitiva e rejeita a criança, esta vai se sentir falhada e inútil, logo os modelos da figura vinculativa e da criança desenvolvem-se de maneira complementar, o relacionamento vinculativo tem previsivelmente implicações psicológicas muito para além do próprio relacionamento (Schaffer, 1996).

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson (1982) prediz que o crescimento psicológico ocorre através de estágios e fases, não ocorre ao acaso e depende da interacção da pessoa com o meio que a rodeia. Cada estágio é atravessado por uma crise psicossocial entre uma vertente positiva e uma vertente negativa. As duas vertentes são necessárias mas é essencial que se sobreponha a positiva. A forma como cada crise é ultrapassada ao longo de todos os estágios irá influenciar a capacidade para se resolverem conflitos inerentes à vida. Esta teoria concebe o desenvolvimento em 8 estágios, um do qual situa-se no período da adolescência (Erikson, 1982).

O primeiro estágio – confiança/desconfiança – ocorre aproximadamente durante o primeiro ano de vida. A criança adquire ou não uma segurança e confiança em relação a si próprio e em relação ao mundo que a rodeia, através da relação que tem com a mãe. Se a mãe não responde às suas necessidades, a criança pode desenvolver medos, receios, sentimentos de desconfiança que poderão vir a reflectir-se nas relações futuras. Se a relação é de segurança e as suas necessidades são satisfeitas, a criança vai ter melhor capacidade de adaptação às situações futuras, às pessoas e aos papéis socialmente

requeridos (Erikson, 1982). Alguns bebês, no entanto, são mais difíceis de se compreender, e os seus pedidos de ajuda não são claros. Os seus pais não conseguem distinguir o choro de fome, fadiga ou desconforto de fraldas molhadas do choro por atenção (Erikson, 1950, cit. por Papalia, Olds & Feldman, 2001).

O segundo estágio – autonomia/dúvida e vergonha – é caracterizado por uma contradição entre a vontade própria (os impulsos) e as normas e regras sociais que a criança tem que começar a integrar. É altura de explorar o mundo e o seu corpo e o meio deve estimular a criança a fazer as coisas de forma autónoma, não sendo alvo de extrema rigidez, que deixará a criança com sentimentos de vergonha. De facto, afirmar uma vontade é um passo importante na construção de uma identidade (Erikson, 1982).

O terceiro estágio – iniciativa/culpa – é o prolongamento da fase anterior mas de forma mais amadurecida: a criança já deve ter capacidade de distinguir entre o que pode fazer e o que não pode fazer. Este estágio marca a possibilidade de tomar iniciativas sem que se adquira o sentimento de culpa: a criança experimenta diferentes papéis nas brincadeiras em grupo, imita os adultos, têm consciência de ser “outro” que não “os outros”, de individualidade. Deve-se estimular a criança no sentido de que pode ser aquilo que imagina ser, sem sentir culpa (Erikson, 1982).

Wallon (1956), para quem o desenvolvimento psicológico é descontínuo e se realiza à custa de crises, conflitos e antagonismos, considera que os estádios se sobrepõem uns aos outros, oscilando em direcções diferentes, de acordo com as duas leis que aponta como responsáveis por esta evolução:

- A lei da alternância funcional, definindo duas direcções opostas (centrípeta e centrífuga) que se manifestam alternadamente em duas fases contrastadas e complementares, constituindo o ciclo de actividade funcional;

- A lei de sucessão da preponderância funcional e integração funcional, afirmando que as competências motoras são mais precoces do que, por exemplo, as competências intelectuais, e que a integração se realiza como em ordem a um todo em que cada elemento deixa de ter características próprias.

Wallon refere ainda, seis estádios na personalidade da criança, (Wallon, 1956):

1. Estádio da impulsividade motora;
2. Estádio emocional;
3. Estádio sensório-motor e projectivo;
4. Estádio do personalismo;
5. Estádio categorial;
6. Estádio da puberdade e adolescência.

O comportamento típico de cada estágio é determinado pela interação entre factores biológicos (as possibilidades internas do organismo) e sociais (as condições exteriores à sua existência). Cada estágio mergulha as suas raízes no estágio precedente e conserva-se, sob outra forma, no estágio seguinte, de acordo com um mecanismo de integração funcional (Wallon, 1956).

No estágio correspondente aos primeiros meses de vida, o estágio impulsivo puro, a criança apesar de já não se encontrar numa total dependência biológica da mãe, tal como acontecia no período fetal (após o nascimento de algumas das funções biológicas tornam-se autónomas, como por exemplo a actividade respiratória), permanece ainda bastante dependente do meio humano para a satisfação destas necessidades já não é feita da forma automática a que o meio intra-uterino tinha habituado o pequeno ser humano. Assim, a criança vai obrigatoriamente experienciar diversos estados de privação e mal-estar. Pode observar-se estes estados de mal-estar, quando a criança chora, grita, ou se contrai espasmodicamente. Para Wallon, tratam-se de descargas musculares, que atingem habitualmente o tronco, e que são, por um lado, irregulares e vagas nos membros superiores, e por outro lado, precipitadas e automáticas, nos membros inferiores (Wallon, 1956).

São precisamente estas descargas musculares que caracterizam a impulsividade motora pura, obedecendo ainda a três condições:

- falta de finalidade externa;
- ligação às impressões proprioceptivas, sendo, portanto, susceptíveis de auto-activação;
- serem fruto da actividade tónica, relacionada com os diferentes estados de tensão muscular (Wallon, 1956).

Assim, a actividade muscular é base do movimento sob dois aspectos, que importa frisar, o clónico ou cinético (alongamentos ou encurtamentos dos músculos) e o tónico (nível de contractibilidade ou relaxamento da musculatura). Estes dois aspectos complementam-se. O aspecto cinético do movimento é responsável pelo contacto com o mundo objectivo, estando particularmente ligado à sensibilidade exteroceptiva. O aspecto tónico do movimento está relacionado com as atitudes e posturas, dirigidas para o contacto humano e com os reflexos, estando particularmente ligado às sensibilidades interior e proprioceptivas (Wallon, 1956).

Wallon (1956) enfatiza a relação do aspecto clónico do movimento com o desenvolvimento cognitivo, enquanto que o tónus seria o fundamento da emoção e da afectividade. Inteligência e afectividade desenvolver-se-iam a par um do outro, interligando-se e obedecendo à lei da sucessão da preponderância funcional. No estágio da impulsividade motora, domina a actividade tónica.

Sucedendo e sobrepondo-se ao anterior estágio impulsivo, o estágio emocional, que começa cerca entre os dois/três meses e atinge o seu auge pelos seis meses de idade, corresponde à transformação progressiva das descargas impulsivas. Progressivamente os gritos e gestos impulsivos da criança, suscitados pelo seu estado de carência e mal-estar, tornam-se, para quem toma conta dela, um sinal, uma espécie de chamamento, estabelecendo-se assim, entre a criança e os seres humanos que a rodeiam, um sistema de trocas que vão condicionar e modelar reciprocamente as suas reacções. As agitações incoordenadas da criança vão-se tornando progressivamente um meio de expressão mais diferenciado, constituindo a emoção, uma função predominante (Wallon, 1956).

Considera que na origem da emoção estará o tónus, de tal maneira que a emoção corresponde a uma diminuição do estado de tensão. Assim, a emoção, tendo a sua origem no orgânico, tem também implicações a nível do estabelecimento das relações sociais e da formação de uma consciência subjectiva – ela está no início e é promotora da vida psíquica (Tran-Thong, 1981).

Para Wallon (1978), a emoção é um elemento da vida psicológica importante ao longo de toda a evolução, mas em particular nas primeiras fases do desenvolvimento. Esta surge em função da maturação das sensibilidades interior e proprioceptiva, que por sua vez

está dependente da maturação do cérebro médio (sistema óptico-estriado), e em função também da acção do meio humano que vai introduzir uma contradição na impulsividade motora, e transformar as descargas musculares em sistemas de reacções expressivo-emocionais. A saída desta simbiose afectiva com a mãe é originada pelo estágio seguinte, na sua investigação do mundo e dos objectos, actividade preponderante do estágio sensitivo-motor.

Como todas as passagens de um estágio para outro, a ligação do estágio emocional ao sensório-motor traduz-se em antagonismo; o meio ambiente, ao introduzir mudanças, vai provocar não só a passagem do estágio impulsivo ao emocional, como também do emocional ao sensório-motor. A passagem do estágio emocional ao sensório-motor e projectivo, corresponde, portanto, a uma troca de fase e de orientação, à substituição da fase centrípeta e subjectiva pela fase catabólica centrífuga e objectiva. A preponderância das funções tónico-emocionais dá lugar à preponderância das funções de relação, (Tran-Thong, 1981).

Deste modo, o aparecimento dos estádios sensório-motor e projectivo depende também da maturação do sistema nervoso e da evolução da sensibilidade exteroceptiva. A partir do fim do primeiro ano, a actividade sensório-motora direcciona-se em duas orientações independentes, mas também complementares (Wallon, 1956):

- A manipulação de objectos e exploração do espaço próximo, prolongado pela capacidade de locomoção (possibilitando à criança a identificação e reconhecimento dos objectos, identificação essa na qual a linguagem é fundamental);

- A actividade motora vai servir de suporte à actividade representativa, contribuindo para uma cada vez maior permanência das imagens mentais na consciência. “É o estágio projectivo, no qual a criança se exprime tanto por gestos como por palavras, em que parece que mimar o seu pensamento facilmente desfalecente e distribuir as suas imagens pelo meio circundante actual” (Wallon, 1956, p.238). Presenciamos então a imitação e o simulacro a anunciarem e apoiarem a representação nascente.

Capítulo II

1. Factores de Risco desenvolvimental

A exposição aos factores de risco afecta negativamente o desenvolvimento da criança e do adolescente acarretando problemas, sobretudo no comportamento (Conger, Ge, Elder, Lorenz & Simons, 1994; Ferreira & Marturano, 2002; Horowitz, 1992). Isso porque os riscos psicossociais, especialmente quando combinados, tendem a modelar o repertório infantil tanto no desenvolvimento de problemas comportamentais e emocionais quanto na aquisição de comportamentos adequados (Sapienza & Pedromônico, 2005). Ou seja, como acredita Horowitz (1992), as adversidades também dificultam a aprendizagem dos comportamentos não-universais, relacionados ao repertório individual. A dimensão sócio-emocional é a mais afectada pelos ambientes de desenvolvimento da criança.

Conger e cols. (1994) observaram a influência da condição de pobreza e da família coerciva, como factores de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento em adolescentes. Os autores verificaram que esses factores actuam como estímulos aversivos, afectando o comportamento e a qualidade das relações familiares, e, ao mesmo tempo, criando condições inadequadas para o desenvolvimento.

Também é maior a probabilidade de crianças de famílias desestruturadas apresentarem problemas de comportamento. Masten e Coastworth (1995) referem que a desestruturação ou os conflitos interparentais frequentes exaltam uma mistura complexa de adversidades crónicas, eventos de stress e acumulação de riscos.

Os filhos de pais com problemas psicopatológicos fazem parte do grupo de risco para consequências desenvolvimentais negativas. Segundo Seifer, Dickstein e Sameroff (1998), esses resultados podem estar relacionados aos mesmos sintomas psicopatológicos apresentados pelos seus pais, ou outros sintomas. Mais frequentemente, esses resultados aparecem associados a problemas escolares, delinquência ou uso de drogas.

Os problemas escolares são frequentemente relacionados a problemas de comportamento de crianças e adolescentes. Ferreira e Marturano (2002) pesquisaram associações entre contextos de risco e problemas de comportamento em 141 crianças com baixo desempenho escolar. As informações sobre as adversidades foram fornecidas pelas mães. As crianças foram divididas em dois grupos: um grupo de crianças com problemas de comportamento e outro de crianças sem queixas de comportamento. As autoras verificaram que, as crianças do grupo com problemas de comportamento possuíam menos recursos e maior número de adversidades, que envolviam principalmente o ambiente familiar. Eram frequentes nesse grupo: problemas nos relacionamentos interpessoais, falhas parentais quanto à supervisão, monitorização e suporte, menor investimento dos pais no desenvolvimento da criança, práticas punitivas e modelos adultos agressivos. Neste estudo, Ferreira e Marturano (2002) concluíram que as dificuldades académicas tendem a aumentar a vulnerabilidade para a inadaptação psicossocial e por isso enfatizam a importância de acções preventivas que envolvam a criança e seu ambiente familiar.

Haggerty, Sherrod, Gamezy e Rutter (2000) afirmam que essa influência é transmitida através do controle parental e dos processos sociais, parte integrante do ambiente microsocial dessas famílias. Esse modelo mediador explica, em parte, a aproximação entre as perspectivas psicológicas e sociais nos problemas de comportamento.

1.1 Risco Biológico

No transcorrer deste século a consciência de risco, tem sido utilizada sobre diferentes formas de acordo com os diferentes âmbitos onde se enquadra, sendo referida inicialmente e quase exclusivamente no âmbito da Pediatria relativamente a factores de risco biológico. Com o decorrer do tempo a visão sobre a noção de risco foi sendo ampliada integrando na sua concepção outros factores de ordem psicológica, sócio-cultural, psiquiátrica, etc. (Bairrão & Felgueiras, 1978).

Segundo Xavier e Ferreira (1999), falar de risco inclui falar de desenvolvimento e de adaptação, e, hoje em dia, do interesse fundamental da acção preventiva. A identificação o mais precoce possível do risco potencial bem como a intervenção, de forma a evitar situações futuras mais negativas, é pois de especial importância para todos os que acompanham os indivíduos ao longo da infância. O desenvolvimento da criança está

inserido num contexto de saúde mais amplo. O estatuto de desenvolvimento e outros aspectos de saúde são altamente relacionados.

Assim, a má nutrição severa e prolongada é frequentemente associada com o atraso no desenvolvimento, apatia e dificuldade de concentração; crianças com problemas respiratórios crónicos podem não ter energia e vigor necessários para a participação em actividades educacionais e sociais que podem ser facilitadoras do seu desenvolvimento. Logo, a integridade biológica e psicológica são relacionadas e interactivas, e devem ser consideradas no planeamento de serviços para crianças com riscos para problemas de desenvolvimento (Graminha & Martins, 1997).

O risco biológico expressa a história da criança em vários factores, tais como, os factores biológicos durante o período pré-natal, neonatal ou pós-natal, os quais podem resultar em problemas de desenvolvimento. Nestes factores estão incluídos doenças do metabolismo e deficiências nutricionais por parte da mãe, complicações do foro de obstetrícia, baixo peso à nascença, anoxia e nascimento prematuro, entre outras (Correia & Serrano, 2000).

Os recém nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas são considerados prematuros, o que concede a esse grupo grande diversidade, por abranger desde crianças com idades gestacionais próximas ao termo até aquelas nascidas no limite da viabilidade (Naufel, 2000). Os riscos de morbidade, mortalidade e de atraso no desenvolvimento são baixos para as crianças nascidas próximas ao final da gestação, mas são crescentes com a acentuação da prematuridade, é de dar especial atenção àquelas crianças com idade gestacional inferior a 32 semanas. Embora o conceito de prematuridade estivesse definido pela duração da gestação, em decorrência da pouca confiabilidade deste dado materno, os estudos sobre o acompanhamento dessas crianças eram habitualmente feitos considerando-se o peso de nascimento (Resegue, Puccini & Silva, 2007).

A maioria dos estudos relacionados ao factor de risco prematuridade investiga a prevalência de paralisia cerebral, deficiência mental e deficiência auditiva e visual profunda (Resegue, Puccini & Silva, 2007).

Há muita controvérsia em relação à asfixia perinatal como factor de risco para o desenvolvimento dos recém-nascidos, a asfixia perinatal é uma síndrome clínico-

neurológico que se caracteriza pela presença de boletim de Apgar < 3 no quinto minuto, $\text{pH} < 7,0$ no cordão umbilical, história clínica de comprometimento sistémico e de comprometimento neurológico. Historicamente, a asfixia perinatal foi vinculada ao boletim de Apgar, cuja utilidade é mais ampla a avaliar a vitalidade do recém-nascido. Uma avaliação isolada com o boletim de Apgar não comprova a ocorrência de asfixia, nem há maior risco de alterações neurológicas futuras (Resegue, Puccini & Silva, 2007).

As crianças têm diferentes oportunidades no seu desenvolvimento, dadas pelos seus atributos pessoais (físicos e mentais) e pelo meio social em que vivem. Conforme diversos estudos demonstraram, podem ocorrer ameaças directas ao desenvolvimento geradas por problemas genéticos e biológicos adquiridos, embora isso possa ocorrer também pela ausência de oportunidades esperadas (Halpern & Figueiras, 2004).

Subsistem agressões por agentes biológicos, tais como, infecções bacterianas, exposições a fungos no ambiente, poluentes químicos aéreos, o fumo do tabaco e a queima de combustíveis, inegavelmente interferem no desenvolvimento pulmonar. A proliferação de alvéolos e capilares pulmonares inicia-se no período fetal e prolonga-se até os 5 ou 8 anos de idade. Pode haver dificuldades para a evolução normal desse processo, pode ser determinante e ficar com sequelas permanentes para a morfologia e função do aparelho respiratório (Mello-da-Silva & Fruchtengarten, 2005).

Os agentes químicos em excesso prejudicam as crianças, o chumbo em demasia é lesivo e com a evolução do conhecimento relativo aos danos potenciais do chumbo ao desenvolvimento infantil, os níveis actualmente tolerados de chumbo no sangue em crianças são cinco vezes menores do que aqueles aceites na década de 1970. A constatação de que crianças aparentemente assintomáticas apresentavam baixos escores de QI, dificuldades de expressão verbal, distúrbios de atenção e comportamentais foi fundamental para o estabelecimento de níveis aceitáveis cada vez menores. Os mecanismos pelos quais o chumbo afecta as funções do sistema nervoso central ainda não estão esclarecidos, as sua interferência no transporte do cálcio e possíveis prejuízos ao estabelecimento e maturação das conexões neuronais podem estar na génese dos comprometimentos observados (Etzel & Balk, 2003).

Além do sistema nervoso, o aparelho urinário (rins) e a biossíntese da hemoglobina são os outros alvos da acção tóxica do chumbo, sendo a anemia uma certeza comum da explanação crónica ao metal. Em todo o mundo, a poluição pelo chumbo persiste, como resultado de sua ampla utilização em actividades como metalúrgica, no fabrico de baterias para veículos, indústrias de munições, fabrico de cristais e produção de tintas e pigmentos. As intoxicações agudas por chumbo são raramente descritas em crianças nos dias de hoje, sendo caracterizadas por comprometimento grave do sistema nervoso central (encefalia), que pode evoluir para quadros convulsivos seguidos de coma e morte, se não houver suporte vital adequado e tratamento específico (Mello-da-Silva & Fruchtengarten, 2005).

1.2 Risco Ambiental

O risco ambiental, inclui crianças que têm histórias pessoais e familiares com ambientes alterados ou problemas sociais graves, que podem estruturar défices sobretudo de natureza psicológica. Desta forma, as alterações na socialização como por exemplo famílias negligentes ou abusivas, ausência precoce da família ou de cuidados, pobreza e outras situações de exclusão social, podem produzir efeitos negativos na criança (Bairrão, 1994).

Para considerarmos esta dupla/múltipla noção de risco um longo caminho foi aberto por diversos autores no decurso, principalmente, do século XX, não sendo este o sítio para uma revisão exaustiva da evolução da noção de risco (Xavier, 2000).

O grande interesse em relação aos efeitos do ambiente sobre o desenvolvimento infantil decorre da plasticidade do cérebro humano, principalmente nos primeiros anos de vida, que pode responder às experiências vividas, havendo evidências de grande impacto dos cuidados recebidos no desenvolvimento do indivíduo (Grantham-McGregor, Cheung, Cueto, Glewwe, Richter, & Strupp, 2007).

Existem factores exógenos e endógenos que influenciam o curso de trajectórias do ser humano, factores que determinam a escolha de um dado percurso desenvolvimental. No entanto as “variáveis causais e mediadoras podem se de natureza biológica e ambiental, cada uma das quais influenciando as outras” (Soares, 2000, p.27).

Um dos estudos mais relevantes para a compreensão do risco e da resiliência foi realizado numa ilha havaiana Kauai (Werner & Smith, 1977, 1992). A finalidade do estudo inicialmente era documentar a evolução das gravidezes e seus resultados até à idade adulta das crianças e avaliar todo o desenvolvimento dos 698 bebés nascidos na ilha em 1995, 55% vivia em condições de significativa pobreza. O estudo estava orientado inicialmente para examinar a vulnerabilidade das crianças, em termos da sua susceptibilidade a resultados desenvolvimentais negativos depois da exposição a graves factores de risco, tais como: o stress peri-natal, pobreza, psicopatologia parental e ruptura das ligações familiares (Werner & Smith, 1977).

No decorrer deste estudo longitudinal foi se verificando, que as crianças com raízes de resiliência e expostas a múltiplos factores de risco no seu processo de desenvolvimento, apresentavam resultados positivos de desenvolvimento (Werner & Smith, 1992).

No entanto, o grupo resiliente na primeira infância apresentava características pessoais marcadas por um bom nível de actividade e sociabilidade, competências significativas para explorar o ambiente e para organizar uma situação de modo a ajustá-la as suas necessidades, elevada tolerância à frustração e uma notável capacidade de recuperação face a situações negativas ou adversas, similarmemente têm a capacidade de pedir ajuda, se necessário (Soares, 2000). Através das suas experiências de vencer a frustração, por si mesmas ou com o apoio dos outros, “pareciam retirar um sentido de auto-eficácia e confiança promotor da crença de que são capazes de influenciar positivamente o seu ambiente” (Soares, 2000, p.32).

Analisando os resultado que foram obtidos no estudo longitudinal verificaram-se: que as crianças de alto risco que evidenciaram uma adaptação bem sucedida à idade adulta, foram identificados factores protectores. “O primeiro grupo incluía características de temperamento que ajudaram o indivíduo a estimular respostas positivas nos outros significativos “(Soares, 2000, p.33). O segundo grupo integrava competências e valores que permitiam uma utilização competente das capacidades: da escola, a nível profissional e no desempenho das capacidades domésticas. O terceiro grupo incluía características e práticas educativas parentais que reflectiam a competência e promoviam auto-estima na criança. O quarto grupo consistia nos adultos que promoviam confiança e que funcionaram como protectores para o futuro. Finalmente, o papel evidente e importante da comunidade

que ofereceram novas oportunidades de aprendizagem, tais como programas de educação para adultos (Soares, 2000).

Segundo Rutter (1990), existem quatro mecanismos que poderão actuar como protectores, sendo estes os seguintes:

- Os processos que reduzem o impacto do risco e que poderão suceder através da modificação do significado de risco, ou através da modificação na exposição ou no envolvimento na situação de risco;
- Os processos que reduzem a probabilidade da escalada negativa de reacções em cadeia que se seguem à exposição ao risco e que servem para perpetuar os efeitos do risco;
- Os processos que impulsionam a auto-estima e auto-eficácia através da existência de relações de vinculação seguras e apoiantes ou de sucesso na realização de tarefas;
- Os processos que possibilitam novas oportunidades de crescimento pessoal.

A investigação esclarece que a promoção da resiliência em crianças em alto-risco não convencionam em remover o stress e a adversidade, mas particularmente em ajudá-las a confrontar-se com desafios graduais que promovam a competência e confiança no contexto de uma relação apoiante (Rutter, 1990).

No entanto, dos diferentes tipos de desenvolvimento, quando uma criança tem um bom nível de funcionamento numa área não denota uma boa adaptação a um determinado contexto, por exemplo; resultados na avaliação de competências cognitivas de uma criança em risco não significa que esteja assegurada a sua adaptação ao contexto escolar, na medida que a criança poderá exteriorizar relações sociais perturbadas colocando em risco a sua adaptação. É essencial avançar-se no sentido de uma avaliação multi-compreensiva com recurso a vários tipos de medidas, que coincidam em “vários domínios de desenvolvimento individual e com recurso a vários observadores ou fontes de informação nos vários contextos de vida” (Soares, 2000, p.36).

A influência dos factores ambientais no desenvolvimento do indivíduo tem como ponto fundamental as relações inter pessoais e os papéis desempenhados no contexto da

família e do domicílio. Há vários outros factores possivelmente intervenientes no cenário do desenvolvimento, como a estrutura social mais ampla relacionada aos valores do grupo cultural e ao momento político, histórico e económico dos indivíduos. O ambiente físico do quarto, da casa, e do meio externo também podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento (Resegue, Puccini, & Silva, 2007).

Há inúmeras possibilidades de influência dos factores ambientais no desenvolvimento do indivíduo, como os papéis e as relações interpessoais, realizadas face a face, em um determinado contexto; os vários cenários de desenvolvimento a que as pessoas estão afiliadas num determinado momento e as estruturas sociais mais amplas relacionadas aos valores do grupo cultural e ao momento político, histórico e económico dos indivíduos (Resegue, Puccini & Silva, 2007).

Assim, dependendo da formação e do interesse dos diversos autores algumas pesquisas preocuparam-se com os factores relacionados ao microambiente dos indivíduos e outras, com aspectos das estruturas sociais mais amplas. De uma forma geral, os estudos relacionados aos factores de risco do microambiente, enfocam principalmente a qualidade da relação mãe-filho e a consequência da privação materna para o desenvolvimento da criança (Resegue, Puccini & Silva, 2007).

2. Intervenção precoce

A Intervenção Precoce (IP) é um campo em profundo desenvolvimento e que ganha cada vez mais sentido na sociedade actual.

Em Portugal, num período recente, tem-se assistido a um crescimento significativo da atenção dada ao atendimento à criança com deficiência ou em risco, bem visível na aprovação dos documentos que regulamentam a IP a nível nacional (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

A publicação do Despacho-conjunto 891/99 veio dar ênfase a uma preocupação já existente, relativa à necessidade de desenvolvimento e implementação de serviços de IP que reflectam práticas de qualidade no nosso país. Apesar de continuarem a coexistir serviços de Intervenção Precoce que variam na forma de actuação de acordo com a filosofia de base que defendem, o referido Despacho-conjunto procura promover as práticas de IP, em consonância com as recentes investigações e teorias de IP, a nível mundial (Brandão, 2007). Recentemente com a publicação do Decreto de lei nº 281/2009 vê-se reforçada com a criação de um Sistema Nacional de Intervenção na Infância (SNIPI) (Diário da República, 2009).

Sem dúvida que o comprometimento social e político, consumado numa legislação (embora com carácter provisório), poderá assumir uma importância determinante no desenvolvimento da IP em Portugal. Pretende-se assim alcançar uma maior uniformidade dos serviços de atendimento às crianças com necessidades especiais e suas famílias, fazendo recair a responsabilidade da Intervenção Precoce, de forma partilhada, sobre os diversos serviços da comunidade, públicos e privados (Brandão, 2007).

A Intervenção Precoce destina-se a crianças até à idade escolar que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, que manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais. Também consiste na prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a estas crianças e às suas famílias com o objectivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento despacho conjunto (Brandão, 2007).

A Intervenção Precoce pode ter uma natureza preventiva secundária ou primária: procurando contrariar a manifestação de problemas de desenvolvimento ou prevenindo a sua ocorrência. Os programas de Intervenção Precoce devem, sempre que possível, decorrer no meio ambiente onde vive a criança (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

Habitualmente a intervenção inicia-se com a sinalização geralmente feita pelo hospital, creche, jardim infantil, ou pela própria família. Seguidamente é realizada a avaliação/diagnóstico e implementado um programa de intervenção. A intervenção Precoce pode iniciar-se entre o nascimento e a idade escolar, no entanto há muitas vantagens em começar o mais cedo possível (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003)..

Existem três razões fundamentais para a intervenção precoce: quanto mais cedo se iniciar a intervenção maior é potencial de desenvolvimento de cada criança; para proporcionar apoio e assistência à família nos momentos mais críticos; para maximizar os benefícios sociais da criança e família Despacho-conjunto (Brandão, 2007).

A investigação nesta área já demonstrou que grande parte das aprendizagens e do desenvolvimento ocorre mais rapidamente na idade pré-escolar. O momento em que é proporcionada a intervenção é, por isso, particularmente importante já que a criança corre o risco de perder oportunidades de desenvolvimento durante os estádios mais propícios. Se esses momentos não forem aproveitados, mais tarde a criança pode vir a manifestar maiores dificuldades de aprendizagem (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

Estudos recentes acentuam o facto de que o potencial de cada criança só é completamente manifesto se houver a identificação precoce e uma intervenção programada e individualizada (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

Os serviços de Intervenção Precoce podem ter um impacto significativo nos pais e irmãos das crianças em risco. As famílias destas crianças geralmente vivem sentimentos de decepção, isolamento social, stress, frustração e desespero. O stress acrescido que a presença de uma criança com deficiência implica pode afectar o bem-estar da família e interferir no desenvolvimento da criança. As famílias de crianças com deficiência são mais susceptíveis a viver situações como o divórcio e o suicídio e, de igual forma, as crianças

com deficiência são mais susceptíveis ao abuso e negligência do que as crianças sem deficiência (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

A Intervenção Precoce deve resultar no desenvolvimento de melhores atitudes e competências parentais relativamente a eles mesmos e ao seu filho com deficiência. Deve proporcionar mais informação e melhores competências para lidar com a sua criança, e incentivar a libertação de algum tempo para o descanso e lazer (Brandão, 2007).

Um outro motivo que justifica a importância da Intervenção Precoce diz respeito aos ganhos sociais alcançados. O incremento do desenvolvimento da criança envolve a diminuição das situações dependentes de instituições sociais, o aumento da capacidade da família para lidar com a presença de um filho com deficiência, e o possível aumento das suas capacidades para vir a ter um emprego (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

2.1. Teorias de Intervenção Precoce

As famílias são normalmente constituídas pelas pessoas mais importantes para a criança e é neste meio que a criança passa maior parte do tempo numa fase inicial da sua vida. Os pais são considerados os primeiros prestadores de cuidados, os modelos, os disciplinadores, os agentes de socialização e os educadores dos seus filhos, daí que a IP não se pode focar de forma isolada na criança, nem retirar a criança do seu contexto familiar e intervir directamente nela, sem considerar as influências recíprocas que a família exerce uma sobre a outra (Coutinho, 2004; Cruz, 2003).

A importância do envolvimento dos pais (ou outros principais prestadores de cuidados) na intervenção como a criança tem sido defendida nos últimos tempos. O caminho percorrido até aos actuais modelos da IP foi longo e teve contributos práticos e teóricos. A nível prático podemos referir o papel dos pais como co-terapeutas, a participação da família, os movimentos de educação compensatória e o envolvimento de famílias com crianças em risco ambiental e o desenvolvimento de programas compensatórios (Robison, Rosenberg, & Beckman, 1988).

A nível teórico, varias teorias no âmbito da psicologia do desenvolvimento e da psicologia da educação tiveram grande influência no campo da IP actual. Entre elas destacam-se o modelo sistémico da família de Von Bertalanffy de 1968, o modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979), o modelo transaccional de Sameroff e Chandler de 1975 e o modelo de apoio e reforço das potencialidades da família de Dunst e colaboradores em 1988).

A família começa a ser encarada como receptora e agente activo no programa de intervenção (Almeida, 2004). A avaliação e intervenção centradas na família obrigaram a repensar modelos tradicionais, de forma a incluir uma perspectiva ecológica e sistémica, com práticas baseadas num modelo de fortalecimento das competências da família (Correia & Serrano, 2000; Pimentel, 2004a).

Esta abordagem é baseada na teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy de 1968, apoiado na afirmação (Serrano & Correia, 1996). Todos os sistemas vivos são constituídos por um agregado de elementos que são interdependentes, ou seja, as modificações num dos elementos podem afectar os outros elementos. A interacção entre os elementos cria condições únicas que são inexistentes, ao considerarmos cada um dos elementos em particular.

Segundo Turnbull, Summers, Brotherson (1986), propõem um enquadramento da abordagem sistémica famílias, que estabelece quatro componentes essenciais: recursos/estrutura familiares o tipo e grau de deficiência, características da família (necessidades e responsabilidades da família – económicas, saúde, socialização, educação, cuidados de saúde, o ciclo de vida da família, mudanças desenvolvimentais e não desenvolvimentais, que ocorrem ao longo do tempo, na família e nos seus membros.

Segundo estes autores os profissionais devem ter em conta estes quatro parâmetros, ao planificar uma intervenção, de forma a fortalecer e ajudar a família e enfrentar e resolver as dificuldades inerentes aos cuidados de uma criança com necessidades especiais (Correia & Serrano, 2000).

Porém a família está ela própria inserida num meio social, levando os técnicos a considerar uma perspectiva sistémica social. Esta perspectiva vê a família como um

“todo” com necessidades e características específicas, inserida num conjunto de redes sociais formais e informais. Uma vez que os elementos são interdependentes, para uma intervenção eficaz é necessário ter em conta a família, capacitá-la e apoiá-la de forma a influenciar de forma positiva todos os membros da família (Dunst, Trivette, & Jenkins, 1988).

Segundo Correia e Serrano (1999), apoiar, capacitar e responder às necessidades da família, permite uma maior ajuda, maior disponibilidade de tempo, energia e recursos dos pais, de forma a poderem proporcionar o bem-estar aos outros membros da família.

De acordo com o enquadramento conceptual defendido por Bronfenbrenner, integrado nas teorias sistémicas, as experiências do indivíduo são encaradas como subsistemas dentro de outros sistemas, assim como um conjunto de estruturas de encaixe, cada uma outra dentro da seguinte, como um conjunto de bonecas russas (Bronfenbrenner 1986).

Esta abordagem considera que o desenvolvimento humano, directa ou indirectamente está relacionado com o contexto onde este ocorre, não focando apenas o indivíduo, mas também sistemas contextuais dinâmicos e modificáveis e, em constante desenvolvimento (Pereira, 2002; Portugal, 1992).

Este modelo fornece-nos um quadro teórico de explicação da interacção do sujeito com o mundo e conseqüente desenvolvimento deste indivíduo (Portugal, 1992). De acordo com Cruz (2003), este modelo estende-se, ainda, à teoria dos sistemas para uma visão da família como um sistema dentro da organização ecológica de outros sistemas.

Bronfenbrenner (1979; Pimentel, 2004b; Pereira, 2002; Portugal 1992; Serrano & Correia, 2000), considerou o seu modelo uma hierarquia de quatro sistemas progressivamente mais abrangentes:

Microsistema- inclui as actividades, papéis e relações interpessoais e experiências vividas pela criança em desenvolvimento, nos contextos que lhe estão directa e activamente relacionados, tais como a família, creche/escola e ATL. Estes são exemplos de

contextos onde a criança gasta a maior parte do seu tempo e onde estabelece determinadas relações interpessoais e desempenha actividades e papéis.

Mesosistema – inter-relação entre um ou mais contextos do microsistema como, por exemplo, a relação entre a família e os profissionais do contexto educativo. Estas relações formam elas próprias um sistema.

Exossistema – constituído por contextos mais vastos dos quais a criança não tem relação directa mas que a influenciam como, por exemplo, o local de trabalho dos pais, o conselho directivo da sua escola ou a comunidade social da família. Nestes sistemas ocorrem situações que afectam ou são afectadas pelo que ocorre nos contextos imediatos da criança.

Macrossistema – integra os três sistemas anteriores e é constituído por contextos culturais, legislativos e jurídicos de uma sociedade numa determinada época. Inclui não só os aspectos políticos e legislativos, mas também, os valores, as crenças, os estilos de vida e as representações que a sociedade tem sobre a criança e o seu percurso educativo (ibidem).

Concluindo, o modelo da ecologia do desenvolvimento humano abrange os contextos do indivíduo, as respectivas modificações do indivíduo e do seu contexto, ao longo da sua vida. A família é considerada um meio crucial de desenvolvimento do indivíduo, devendo os profissionais ter em atenção as interacções estabelecidas com os diferentes contextos, uma vez que é nestas relações que se deve e pode perspectivar o sucesso do desenvolvimento da criança (Pereira, 2002).

O modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975), estrutura e fundamenta o modelo teórico de referência para a IP na identificação de objectivos e estratégias de intervenção, uma vez que este modelo enfatiza o facto de que as crianças e os prestadores de cuidados se influenciam mutuamente ao longo do tempo (Cruz, 2003; Pimentel, 2004b).

De acordo com Cruz (2003), o modelo transaccional prevê que a intervenção deve ter em conta a reciprocidade e continuidade das relações. O que este modelo nos concede de novo em relação a outros modelos é a igual ênfase colocada na importância da criança e do ambiente, ou seja, segundo uma explicação desenvolvimental, os resultados não resultam

só das características da criança, nem apenas do meio, mas sim da interação de ambos ao longo do tempo (Pereira, 2002).

Nesta abordagem, o desenvolvimento é visto como resultante das interações dinâmicas contínuas entre as crianças e as experiências possibilitadas pela família e os seus contextos de vida, sendo que estas experiências não são encaradas como interdependentes da criança (Cruz, 2003; Pimentel 2004b; Pereira 2002).

A intervenção, tendo por base este modelo, não pode focar apenas a criança ou apenas o ambiente, mas sim ambos, porque o contexto desenvolvimento da criança é tão importante quanto as suas características na determinação de um desenvolvimento de sucesso (Sameroff & Fiese 2000).

Sameroff e Fiese (2000), sugerem que a adopção deste modelo pressupõe que o profissional veja os problemas como resultado de experiências e percepções dos participantes dessas mesmas experiências.

Tal como o modelo ecológico de Bronfrenbrenner (1986), este modelo implicou mudanças na acção da IP noutros contextos, que não exclusivamente a criança, levando a uma evolução nas estratégias de avaliação e nos próprios serviços de IP, passando a reforçar mais as relações e a mudança dos comportamentos interactivos entre a criança e o principal prestador de cuidados (Cruz, 2003).

2.2. Modelos centrados na Família e nos contextos naturais

Os trabalhos de Dunst, Leet, e Trivette (1988), contribuíram para a reformulação dos serviços de IP. Este modelo surge na sequência do modelo de corresponsabilização e promoção das capacidades da família, tornando-se referência base na elaboração do Plano de Individualismo de Apoio à Família (PIAF), (Deal, Dunst & Trivett, 1989; Dunst & Deal, 1994).

Os trabalhos desenvolvidos por Dunst, Leet, e Trivette (1988), na década de 80, contribuíram para uma evolução e reformulação do atendimento das crianças e suas famílias nos serviços de IP, ao introduzirem os conceitos de “corresponsabilizar” e

“capacitar” (*empowerment e enabling*). Esta concepção veio enfatizar a importância do envolvimento da família e do trabalho conjunto como a mesma, de forma a capacitar, corresponsabilizar e fortalecer as famílias (Cruz, 2003).

Segundo McWilliam, Winton e Crais (1996) reconhecer os pontos fortes das famílias, com valores e crenças diferentes das do profissional, das famílias menos informadas, ou daquelas com competências e recursos limitados é uma tarefa difícil. Contudo estas famílias também possuem competências ou a capacidade de as adquirir.

As famílias escolhem como querem incluir a IP na sua vida, há famílias que pretendem que a intervenção se foque na criança, outras pretendem que a intervenção se foque na família. Em qualquer um dos casos, podemos estar face a uma abordagem centrada na família, desde que ela esteja consciente que o foco na família é também uma opção (McWilliam, Lang, Vandiviere, Angell, Collins, & Underdown, 1995).

No entanto, uma abordagem centrada na família respeita e ajusta-se às rotinas familiares. Para isso, o intervencionista precoce possibilita que os pais funcionem como pais e não como terapeutas, avalia as necessidades da criança à luz do contexto da vida familiar, desenvolve intervenções enquadradas nas rotinas familiares e constrói e fortalece o sistema de apoio natural da família, sem o substituir por serviços (McWilliam, Winton & Crais, 1996).

A determinação das prioridades da família através da avaliação de rotinas diárias tem-se tornado cada vez mais popular e há, actualmente, um grupo razoável de estratégias e meios incluídos (McWilliam, 1992). Estas estratégias incluem, geralmente, a lista de rotinas da família, a avaliação que os pais fazem do modo como os seus filhos lidam com essas mesmas rotinas e até que ponto os membros da família estão satisfeitos com o que se passa nessas rotinas (McWilliam, 1992).

Numa avaliação eficaz das necessidades das famílias, o profissional deve ter em consideração as suas prioridades para alcançar metas e serviços, ajudar na consecução dessas prioridades, identificando os recursos familiares que melhor se relacionem com tais prioridades. Identificar as prioridades da família é simultaneamente assegurar que as intervenções são planeadas e implementadas de forma a respeitar essas prioridades e não as

dos profissionais (McWilliam et al., 1996). Deve ser um processo contínuo porque as prioridades também podem mudar devido a diferentes factores, temporários ou permanentes, (hospitalização, mudança de emprego, ou apenas mudança de opinião). Estas mudanças nas prioridades da família devem ser acompanhadas por mudanças nos serviços e no plano de intervenção para dar resposta à mudança das prioridades. Só desta forma é que a intervenção estará a responder às mudanças nas prioridades da família.

Num estudo realizado por Coutinho (1996) com o objectivo de conhecer quais as divergências entre os pais e os técnicos relativamente às principais dificuldades sentidas pelas famílias das crianças com NE, as suas necessidades prioritárias e as suas expectativas, os resultados demonstram claras discrepâncias de opiniões no que diz respeito aos técnicos. Enquanto para os pais as suas dificuldades estavam relacionadas com os serviços (30.8%), para os técnicos as maiores dificuldades dos pais estavam relacionadas com a própria família (38.7%). As necessidades prioritárias para os pais centravam-se no apoio à criança (53.6%), para os técnicos as maiores necessidades de apoio situavam-se a nível da família (65.2%). Quanto às expectativas das famílias em relação aos técnicos e destes em relação às famílias, também se verificou a mesma tendência de diferença de opiniões. Enquanto que os pais esperam dos profissionais aspectos de ordem profissional tal como a competência (59.1%), os profissionais consideram que as famílias esperam deles, o que a autora denomina de “expectativas idealizadas” onde inclui “milagres”, “curas” e a resolução imediata dos problemas (39.8%).

Quanto mais os profissionais se esforcem por atender às prioridades da família, mais capazes são de desenvolver relações próximas com ela. E logo, a família será mais capaz de ver o intervencionista precoce como um potencial recurso para atender as suas necessidades (McWilliam et al., 1995).

As rotinas familiares são de extrema importância para o fortalecimento das famílias, permitindo um restabelecimento das ligações interpessoais, uma elaboração de um significado de vida e uma segurança no contexto familiar e comunitário. Daí, a indispensabilidade de cada família descobrir os ‘seus rituais’, ou seja os rituais que lhe fazem mais sentido (Lind, 2004).

As rotinas constituem uma parte central da nossa vida. Uma simples refeição, onde toda a família está sentada à volta da mesa, pode assumir um significado extremamente importante. Podemos proferir que as rotinas constituem as lentes pelas quais podemos ver e vivenciar as nossas ligações emocionais com os nossos familiares, amigos, colegas e com a comunidade em geral. Eles providenciam um enquadramento para as nossas expectativas individuais e colectivas. As rotinas dão-nos o espaço necessário para analisar o significado das nossas vidas e para reedificar as nossas relações intra e extra-familiares. As rotinas combinam o fazer com o pensar. Eles fornecem a ponte entre, por um lado, o pensamento cultural e significações culturais complexas e por outro, a acção social e os fenómenos imediatos (Lind, 2004).

As rotinas foram peremptoriamente inseridos nos modelos sistémicos da terapia familiar por Selvini-Palazzoli (1974), definindo os como uma acção ou uma série de acções, auxiliadas por expressões verbais, que envolvem a família inteira. Subsistem, como qualquer rotina, numa sequência regular de passos, realizados num tempo e espaço correctos.

Mais tarde, Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin e Prata (1977) afirmam que as rotinas encontram-se mais próximos do código analógico, não verbal, do que do código digital. Podemos certificar que as rotinas possuem a capacidade de interligar os aspectos analógicos e digitais da comunicação e oferecem a oportunidade de exprimir e vivenciar algo, que não se pode exprimir, meramente, por palavras. Desta forma, podem captar significados que se encontram para além das palavras (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cechin & Prata, 1977).

De acordo com Dunst (2000b), corresponsabilizar aspira gerar resultados que potenciem as competências, ao invés de criar dependências, ou seja um trabalho de potencializar as competências já possuídas e adquirir outras inexistentes.

O modelo de apoio e reforço das potencialidades da família engloba elementos conceptuais e de procedimento que, em conjunto, permitem implementar um plano de identificação e disponibilização dos apoios e serviços a serem prestados à família. As necessidades e objectivos das famílias, os seus pontos fortes e capacidades, bem como os

recursos de apoios, constituem factores importantes na avaliação e planeamento da intervenção centrada na família (Dunst, 2000a).

A aplicação deste modelo implica (Dunst, 2000a): a identificação das prioridades das famílias (desejos, necessidades, preocupações, aspirações); a identificação de fontes formais e informais e a identificação de recursos para dar resposta a intenções e objectivos expostos; mobilização dos recursos de forma a expor as capacidades existentes ou promover a aquisição de novas competências.

Este modelo aborda os seguintes parâmetros de procedimentos que em conjunto permitem corresponsabilizar (Dunst, 2000a).

Necessidades da família – estas são alvo de práticas de soluções dos problemas e preocupações expressas pela família como resoluções importantes para conseguirem uma vida normal (Dunst, 2000a).

Categorias de necessidades – são utilizadas uma vez que as necessidades das famílias traduzem-se em categorias de recursos. As categorias estão divididas no desenvolvimento e da educação da criança, educação/enriquecimento do adulto; cuidados a prestar à criança; cuidados de saúde/educação; actividades e necessidades vivenciais e recreativas; economia; transporte (Dunst, 2000a).

Práticas a nível de programa – as práticas deste modelo baseiam-se nas necessidades das famílias, nos pontos fortes e nos recursos das mesmas já disponíveis. Estas práticas têm como objectivo aumentar o fluxo de recursos dirigidos à família de forma a tornar-se apoiante potenciar a competência (Dunst, 2000a).

Fontes de apoio – este modelo reconhece como fontes de apoio para a família um leque de pessoas de uma dada comunidade, de grupos, de organizações, de programas e agencias e tentam tornar esses recursos viáveis como opções de recursos (Dunst, 2000a).

Resultados – estes devem ser conseguidos após a operacionalização dos parâmetros expostos anteriormente, tanto para a criança como para a família. Estes resultados incluem a potencialização das competências comportamentais, a promoção do desenvolvimento da

criança, dos pais e da família e a atribuição de competências de responsabilização e eficácia pessoal nas capacidades específicas e individuais de cada um. Outros resultados têm a ver com indicadores de qualidade de vida, como por exemplo, bem-estar e satisfação (Dunst, 2000a).

Assim, aumentar as competências da família significa, para Dunst, Trivette (1990), disponibilizar às famílias as necessárias informações e aptidões de forma a que cada família se torne auto suficiente e, conseqüentemente, mais capaz de promover o bem-estar, bem como capaz de contagiar de forma positiva outras áreas de funcionamento do seu sistema familiar.

Nas práticas actuais de intervenção precoce a família é o elemento fundamental, para esta intervenção. Nos Estados Unidos, nos últimos cinco a dez anos, tem-se vindo a realizar um dos movimentos mais revolucionários na área de intervenção precoce na mudança na perspectiva de trabalho com as famílias (Beckman, 1996).

Os serviços de atendimento a crianças, com necessidades educativas especiais, começaram por se centrar exclusivamente na criança, esquecendo-se da importância de fazer uma visão geral da criança e que esta faz parte de uma família da qual não a podemos desligar se queremos fazer uma avaliação e intervenção que corresponda eficazmente aos problemas das crianças e da família (Correia & Serrano, 2000).

As práticas centradas na criança tinham por base o modelo médico, a sua filosofia de intervenção não valorizava o envolvimento parental, sendo os profissionais considerados aptos para intervir e resolver os problemas que a criança apresentava (Correia & Serrano, 2000). Existiam críticas a este modelo tais como o modelo médico referia-se à ênfase quase exclusiva que este atribuía aos aspectos patológicos e deficitários. A família neste quadro não era considerada e quando o era ela constituía uma fonte de problemas, ou uma barreira, sendo vista numa perspectiva de patologia (Turnbull & Turnbull, 1990).

No entanto o caminho percorrido até às concepções actuais da prática da intervenção precoce centrada na família dependeu de uma série de contributos, quer a nível prático, teórico. A nível prático há um realce dos papéis dos pais como co-terapeutas, procura-se envolver a família em todo o processo. Um dos processos compensatórios que podemos

considerar precursores de uma intervenção ecológica surge nos Estados Unidos, sobre a responsabilidade do *Office of Economic Opportunity* durante um período denominado de guerra à pobreza, foi o programa *Head Start*. Este programa desenvolveu um sistema multidimensional que abrange a educação compensatória, serviços de saúde, nutrição, serviços sociais e envolvimento familiar, que visa minorar os riscos desenvolvimentais de crianças pobres em idade pré-escolar (Zigler & Valentine, 1979).

A progressiva mudança na intervenção precoce no seu alvo de intervenção, começou pela criança, depois os pais, a família e a comunidade. Sendo alargado o seu campo interventivo a uma perspectiva sistémica e ecológica (McWilliam, Winton & Crais, 1996).

Parece claro que a intervenção não pode ter sucesso se as mudanças forem operadas exclusivamente nas características individuais da criança, pois tal visão reducionista não poderá nunca explicar mais do que uma pequena proporção da variação do desenvolvimento. São necessárias igualmente mudanças no ambiente familiar e social da criança, assim como uma visão da complexidade do desenvolvimento para melhores e mais frutíferos resultados de intervenção. O Modelo Transaccional traz para a Intervenção Precoce as bases teóricas para a compreensão da génese dos problemas do desenvolvimento e para uma intervenção a diferentes níveis, lançando um desafio importante aos profissionais que procuram eficazmente melhorar a vida de crianças e famílias que encontraram a Intervenção Precoce no seu percurso de vida (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003).

Parte II - Estudo Empírico

A investigação de carácter qualitativa aqui apresentada é de natureza exploratória observacional-descritiva, uma vez que fornece informação acerca do participante em estudo (Pais Ribeiro, 1999).

1. Objectivo

O objectivo deste trabalho é explorar como a família experiencia ter uma criança com problemas de desenvolvimento.

2. Questões de investigação

- 1- Qual o perfil de desenvolvimento dum criança em risco ambiental?
- 2- Como se estrutura a sua rede de suporte formal e informal?
- 3- Como se caracterizam as suas rotinas diárias?
- 4- Quais são as necessidades da sua família?

3. Método

3.1 O método qualitativo

A metodologia de investigação de natureza qualitativa tem como finalidade o estudo de questões no seu contexto natural e procura compreender o significado que os indivíduos dão aos fenómenos que se pretendem estudar. Este tipo de pesquisa procura descrever a rotina, os momentos problemáticos e a sua importância na vida dos indivíduos. Para isso, a pesquisa qualitativa recorre a vários métodos, e envolve diferentes abordagens, entre as quais, o estudo de caso (Denzin & Lincoln, 1998).

Segundo Bryman (1992), as características da pesquisa qualitativa são: a análise da realidade do ponto de vista dos indivíduos que estão a ser estudados, a descrição, a contextualização o processo, a flexibilidade e a falta de estrutura, a teoria e os conceitos.

Assim a principal característica da investigação qualitativa é estudar as questões na perspectiva dos indivíduos que são alvo da pesquisa. A descrição também é utilizada porque os detalhes do quotidiano são importantes para compreender os acontecimentos num determinado contexto. Além disso, no processo de descrição podem surgir pistas para

outros aspectos da realidade. A contextualização não é descurada, pois para os investigadores qualitativos, só se pode compreender os acontecimentos se estes estiverem localizados histórica e socialmente. O processo é o modo como a pesquisa qualitativa considera a realidade social. Este é um processo em que os acontecimentos estão interligados e funcionam como espelho do quotidiano. Para os investigadores qualitativos, é também o modo como as pessoas apreendem a realidade social. Como tal o processo é outrossim uma forma de analisar a perspectiva dos indivíduos. A flexibilidade e a falta de estrutura também fazem parte da pesquisa qualitativa porque o seu modo de investigação é aberto e não estruturado. Assim, os pesquisadores podem descobrir tópicos importantes para o estudo que uma estratégia rígida e estruturada não permitiria descortinar. Também é possível que o investigador conclua que um determinado tópico não tem relevância. Por último, a pesquisa qualitativa considera uma formulação pré estabelecida de teorias e de conceitos limita o investigador e pode levar a uma adaptação pouco precisa com a perspectiva dos indivíduos. Para os investigadores qualitativos, a formulação de teoria e de conceitos surge em conjunto com a recolha de dados (Bryman, 1992).

A pesquisa qualitativa é, evidente, alvo de crítica perante uma actualidade em que os números imperam, por não testar hipóteses como as ciências naturais (Silverman, 2000). No entanto, segundo Tesh (1990), desde 1970 é crescente o número de investigadores interessados num paradigma que se afasta dos números. Eles preferem observar e questionar os indivíduos que, são descritos em forma de palavras e não de números.

As pesquisas qualitativas são assim cada vez mais comuns na investigação científica (Martins, 2006). A epistemologia considera a metodologia como um produto indissociável da reflexão, como folha do investigador (Monteiro, Merengué & Brito, 2006), daí não admitir regras concretas aplicáveis a vários casos (Alves-Mazzoti & Gewandsznajder, 1998). Há uma recusa da objectividade, da neutralidade do investigador, pois este é parte da investigação e o seu produto é visto como co-criação do que como descoberta (Monteiro, Merengué & Brito, 2006). Logo, o objectivo não será provar ou não discursos mas promover a troca daqueles, com bases filosóficas comuns (Monteiro et al., 2006).

3.2 O Estudo de Caso

O estudo de caso é uma das estratégias de investigação em Ciências Sociais (Vin, 2003), e deve advir de uma profunda vontade de entender um fenómeno social complexo (Martins, 2006; Yin, 2003). Ventura (2007) sugere que, devido à sua flexibilidade é recomendável nas etapas iniciais de uma investigação sobre temas complexos, sendo uma das suas aplicações descrever um contexto de vida real no qual ocorreu uma investigação (Vin, 2003).

Os estudos de caso foram, durante muito tempo, o único tipo de investigação qualitativa aceitável pela sua proximidade com a prática psicológica (Tesch, 1990). O objectivo não é representar o mundo mas o caso na sua singularidade (Denzin & Lincoln, 1998).

Ruyan (1982, cit. por Burton, 2000), define os estudos de caso como a apresentação e interpretação de informação detalhada sobre um único assunto um facto, cultural ou individual. Tesch (1990) considera-os como um estudo intensivo e detalhado de um indivíduo ou grupo como entidade, através da observação, auto-relatos como outras formas de observação. Punch (1998) afirma que a ideia básica dos estudos de caso é serem estudados com detalhe. O objectivo é desenvolver uma profunda compreensão do caso utilizando para isso os métodos que forem necessários.

Assim, é característico do estudo de caso a utilização de várias fontes e de diferentes formas de recolha de dados. Muitos estudos de caso utilizam métodos como a observação, a entrevista e a abordagem narrativa, mas também podem recorrer a questionários e dados numéricos. Isto quer dizer que os estudos de caso não são totalmente qualitativos mas a sua essência é predominantemente qualitativa (Punch, 1998). A abordagem narrativa considera fundamental conhecer os significados que os indivíduos constroem sobre si e sobre o mundo. Estes significados são fruto da elaboração de narrativas. Deste modo, a linguagem assume um papel importante pois é através dela que é permitido conhecer o sentido que os indivíduos dão à experiência (Gonçalves, 2003).

3.3 Participantes

A criança e a família escolhida para a realização do estudo foi seleccionada uma vez que o investigador tinha contacto com esta diariamente na creche frequentada pela criança e, notava diferenças significativas no seu desenvolvimento por comparação com crianças da mesma faixa etária. Após esta constatação abordou-se o assunto com os pais e a receptividade destes à realização do estudo foi muito favorável.

4. Material

Neste estudo optou-se pela utilização de questionários, uma vez que estes são utilizados para uma recolha de dados de forma rigorosa (Fortin, 1999) e os dados foram relatados de forma descritiva.

A família que participou neste estudo preencheu 3 instrumentos: Escala de Avaliação Do Apoio Social à Família, Inventário de Rotinas na Família e o Inventário das Necessidades da Família, estes foram passados face a face (investigador e inquirido), com o único objectivo de auxiliar o inquirido no preenchimento do mesmo. As escalas e o inventário foram retirados da Direcção-Geral de Inovação e do Desenvolvimento Curricular (Filipe, s/d). Conjuntamente foi dirigida a anamnese, em momentos diferenciados para obtenção do maior número de informações desde a gestação até à idade actual da criança. A esta foi administrado a escala “The Schedule of Growing Skills II”.

4.1 Instrumentos

4.1.1 A Anamnese

Bernardo (nome fictício) nasceu a 23 de Dezembro de 2007, às seis horas e trinta e cinco minutos da manhã, num hospital público com 3.160 g e média 48.3cm, o seu perímetro cefálico era de 34.7. O pai da criança tem 24 anos, as habitações literárias que possui, é o quinto ano de escolaridade frequentou o sexto, mas não terminou, neste momento trabalha como cordoeiro, não há aspectos de saúde a salientar é um homem aparentemente saudável e nunca lhe foi diagnosticado nenhuma doença crónica. No meio familiar a tia paterna da criança apresenta atraso/deficiência, foi lhe diagnosticada segundo

o pai da criança quando tinha 6 anos, neste momento tem 20 anos, mas o seu comportamento é como se tivesse 16 anos, não há mais nenhum caso desses na família pelo menos que ele tenha conhecimento. O avô paterno tem 58 anos, está reformado, a avó tem 43 anos e está no activo é operária fabril, a relação que estes têm com o neto é de muita proximidade pois moram na mesma casa. A habitação que neste momento residem, tem três quartos, uma cozinha, uma casa de banho e uma sala, o número de elementos que constituem a família são dez, sete pessoas adultas e três crianças.

A mãe da criança tem 20 anos, as habilitações literárias que possui é o nono ano de escolaridade, é operária fabril, é aparentemente saudável, a sua atitude face à criança é de bastante afectividade. Na família materna não há registo de nenhuma doença, pelo menos que a mãe tenha conhecimento. O avô materno é reformado, a avó é doméstica, bernardo é o único neto e vai visitar os avós maternos uma vez por semana, todavia têm uma relação afectiva próxima, pois quando o neto passa o dia com eles os avós brincam todo o dia com o neto, “eles mimam no muito, e dão-lhe muita coisa. A criança parece-se mais com a mãe, mas tem alguns traços do pai, nomeadamente o nariz, a boca e os olhos.

Os pais da criança antes de se casarem viveram juntos durante 2 anos. Começaram a viver juntos no dia 7 de Março de 2007 e engravidou em Abril, não foi uma gravidez premeditada “aconteceu”, quando soube que estava grávida a reacção primordial foi de pranto, pois não sabia como o namorado iria reagir, ambos queriam filhos mas não tão cedo. No entanto quando o pai soube da gravidez “ficou muito feliz” com a novidade.

Os primeiros meses três de gestação foram complicados, tinha muitos enjoos, um mau estar associado ao mau humor. Entretanto perdeu o emprego, era operária fabril o local onde se encontrava era extremamente quente “sentia-me mal e ia para casa”, isso aconteceu durante duas semanas ao fim desse tempo foi despedida. O companheiro ficou feliz com o despedimento, pois achava que não havia as condições necessárias para a companheira continuar a trabalhar. Em casa as coisas começaram a correr bem melhor, “já não me sentia mal e conseguia comer”. Do primeiro ao quarto mês, tinha desejos constantes “tudo o que via na televisão queria comer”, o companheiro ia buscar tudo o que desejasse, mesmo que fosse de madrugada.

Todavia a partir do quinto mês de gravidez tudo melhorou, começou a alimentar-se bem, o pai do bebé acompanhou-a sempre em todas as ecografias. O bebé teve um desenvolvimento normal. Durante a gestação descobriu-se que estava não imune à rubéola, no entanto o médico informou que após o nascimento teria que tomar a vacina. No decorrer da gravidez tomou vitaminas. A gestação teve a duração de 40 semanas, o nascimento do bebé estava previsto no dia 22 de Dezembro, contudo no dia 21 já teve algumas dores passageiras.

No dia 22 de Dezembro os pais foram a um casamento, ao cair da noite começou a ter fortes contracções; as primeiras foram de 30 em 30 minutos, de seguida 20 em 20, de 10 em 10 e às 23 horas foram para o hospital, ficou logo internada, o pai e o avó paterno estiveram presentes do início ao fim. Porém, como tinha muitas dores, prontamente a epidural foi lhe administrada tendo as dores passado. Não tinha dilatação suficiente, logo o parto teve que ser provocado. O parto começou às 5 da manhã e o bebé nasceu às 6h.35m. O que se recorda do parto foi quando lhe mostraram o filho ficou extremamente emocionada, “ nunca tinha visto nada tão pequenino e lindo”. De seguida levaram-na para outra sala e trataram dela, transcorrido algum tempo de descanso acordou, tendo de ficar imobilizada as primeiras 12 horas. Após o parto, sentia-se deprimida tinha a sensação que perdeu algo. Nos três dias que esteve no hospital administraram-lhe injeções para as dores.

No final do dia 24 as enfermeiras ajudaram-na a levantar. Os primeiros dias foram muito dolorosos após o parto. O bebé nasceu saudável, a mãe durante o primeiro mês e meio amamentou o bebé, logo de seguida a esta data perdeu o leite.

Bernardo com um mês de idade foi internado, tinha muita dificuldade em respirar. Foi-lhe diagnosticado uma bronqueolite, nos primeiros quatro dias de internamento encontrou-se permanentemente a piorar, a medicação foi lhe administrada através das nebulizações e do oxigénio. Após o quinto dia começou a melhorar e ao sétimo dia teve alta e voltou para casa. A mãe posteriormente a esta ocorrência perdeu o leite, a partir dessa data Bernardo começou a beber leite sintético e reagiu muito bem “ não notei diferença nenhuma “.

Aos cinco meses, voltou a ter bronqueolite foi internado novamente, mas somente por dois dias, o médico mandou fazer mobilizações três vezes ao dia durante doze dias. Todavia aos doze meses voltou a ser internado, por uma noite, os médicos ainda não fizeram nenhum diagnóstico, porque a criança ainda é muito pequena para se fazer um diagnóstico, a previsão dos médicos é que a criança tem asma. A médica de família remeteu a criança para ser vigiada por um especialista no hospital e os pais estão aguardar a carta com o dia da consulta.

A mãe dedica quase todo o seu tempo disponível à criança, no entanto quando é necessário o pai ajuda e os sogros. Bernardo é uma criança muito serena, desde os seis que dorme a noite inteira.

Em Agosto de 2008 os pais casam e batizam a criança e após este acontecimento a mãe decidiu ir trabalhar. Logo existiu uma necessidade de colocar a criança na creche e no início de Setembro de 2008 com nove meses Bernardo ingressa na creche. A mãe nem sempre pode estar com a criança, pois neste momento está a trabalhar como operária fabril e o seu horário é rotativo; quando isso acontece a sogra vai buscá-lo ao infantário e permanece com ele até chegar o pai.

A sua adaptação de um modo geral correu muito bem, não fez rejeição nenhuma à alimentação, somente à hora do sono foi complicado habituar-se ao horário, mas ao fim de duas semanas adaptou-se às regras e horários.

O desenvolvimento do Bernardo segundo relato da mãe foi o seguinte: o primeiro dente nasceu aos 5 meses de idade, o primeiro sorriso surgiu aos 4 meses, aos 8 meses já conseguia se sentar mas tinha que estar apoiado e conseguiu sentar-se sem apoio aos 12 meses, no entanto nunca gatinhou.

Sobre as doenças infantis, o que tem desde bebé possivelmente é a asma, existe uma grande dificuldade em fazer este diagnóstico, porque os médicos dizem que ainda é muito pequeno para fazer se diagnosticar, já lhe foi diagnosticado algumas otites, a prescrição dos médicos foi benurom e clavamox. Bernardo tem que tomar todos os dias singular antes do almoço, esta medicação é para tratar a asma ou prevenir os sintomas

asmáticos durante o dia e noite, esta medicação é utilizada desde Junho de 2008 até à presente data. Relativamente ao boletim das vacinas está tudo em ordem.

A actividade lúdica que Bernardo mostra mais interesse em casa, é a máquina de lavar roupa, passa horas a ver a máquina a trabalhar e se o tentam tirar começa aos gritos não quer sair de maneira alguma “é o que mais gosta de fazer é ver a máquina trabalhar, quando o tiro de lá começa aos berros”. Na creche o que mais gosta de fazer é atirar brinquedos para o chão, brinca muito sozinho, neste momento já consegue brincar mais com os amigos nomeadamente a prima. Em todas as actividades, que se faz, na sala bernardo não consegue prestar atenção e não consegue cumprir os objectivos propostos para a idade dele.

4.1.2 Schedule of Growing Skills II

Mary Sheridan foi a pioneira a criar uma escala de desenvolvimento: Bellman, Lingam, Aukett (1996), inspiram-se nesta escala para fazer a actual que está mais completa a todos os níveis. A sua standardização foi elaborada com 348 crianças em Inglaterra, com idades compreendidas dos 0 meses aos 5 anos. A escala Schedule of Growing Skills II permite-nos traçar um perfil do desenvolvimento da criança. É uma escala de rastreio e não um teste normativo (Bellman, Lingam & Aukett 1996). Para o estudo foi utilizado o protocolo e a folha de perfil adaptada pelo Projecto Integrado de Intervenção Precoce do distrito de Coimbra (anexo G). Esta escala é utilizada para fazer triagem e avalia dez áreas, sendo estas as seguintes: postura passiva, postura activa, locomoção, manipulação, visão, audição e linguagem, fala e linguagem, interacção social, autonomia e cognição (Bellman, Lingam & Aukett 1996).

Na postura passiva: a criança é colocada de barriga para cima, sobre uma superfície firme e confortável, os pontos que se a observar são os seguintes; a criança de 6 semanas ou mais, deve manter a cabeça na linha media sem a mesma se virar, consistentemente, para outro lado. Até às 6 semanas, a maioria dos recém-nascidos nesta posição, apresentam a cabeça virada para um dos lados e podem apresentar um reflexo tónico assimétrico do pescoço. Crianças que, consistentemente mantêm a sua cabeça virada para um lado, podem ter um reflexo tónico assimétrico do pescoço. Tal é anormal e pode constituir uma indicação de alguma anomalia cerebral. As crianças adquirem a posição de sentada a partir da posição de barriga para baixo, levantando simultaneamente a sua cabeça e pernas, aproximadamente, entre os 5 e os 6 meses. O olhar para os pés é observado, em média, aos 6 meses (limite de variação dos 5 aos 8 meses) (Bellman, Lingam & Aukett 1996).

Na postura activa: o bebé é colocado sobre o abdómen, em decúbito ventral. Encoraja-se o mesmo a levantar a cabeça, através de um toque ligeiro nas costas ou falando para ele. Na posição sentada a criança senta-se no chão ou sobre um colchão. Não se suporta a criança com as mãos, mas deve-se ter o cuidado de não deixar cair a criança. O bebé inicialmente, começa a sentar-se sozinho, apoia-se nos dois braços; e só depois progride para o sentar sem apoio. Nesta fase, as crianças sentam-se com ambos os membros inferiores flectidos e em abdução, de modo a assegurarem uma base estável. A

idade média para o sentar sem apoio é de 7 meses (intervalo de variação entre os 6 e os 10 meses): a idade média para a aquisição da capacidade de sentar é de 9 meses (intervalo de variação entre os 7 e os 13 meses). Posição de pé, a criança pode ser segura gentilmente, debaixo dos braços ou na pélvis. É de notar que a criança com a postura assimétrica, enquanto está de pé ou anda a coxear, pode ter uma deslocação da anca ou outro problema motor, como paralisia cerebral. Crianças com hemihipertrofia também têm postura assimétrica (Bellman, Lingam & Aukett 1996).

Capacidades locomotora: movimento e equilíbrio, aqui vai-se observar os movimentos voluntários da criança. Pode-se colocar um brinquedo em frente à criança para incentivar movimentos activos, tal como enrolar, rastejar ou andar. A criança que consegue permanecer de pé, pode-se dar-lhe a mão e observar o andar e depois encoraja-lo a nadar autonomamente. A criança que consegue andar é observada a andar, correr, saltar, andar em bicos dos pés, pular, andar colocando o pé deste calcanhar aos dedos no chão. Os aspectos a observar é que existe uma grande variação no desenvolvimento motor. Os bebés que não gatinham, que se arrastam, principalmente os pés, rebolam os rastejam, andam mais tarde, entre os 22 e os 24 meses (Bellman, Lingam & Aukett 1996).

As capacidades manipulativas: observa-se a forma como a criança age com as mãos principalmente o polegar e tenta-se ver a atenção que ela lhe presta. Os pontos que se observa, não é normal, que depois das 6 semanas de vida, que as mãos se mantenham persistentemente fechadas, se tal acontecer, poderá surgir uma perturbação no SNC. Enquanto grupo, as crianças com paralisia cerebral ou desordens degenerativas tem tendência para as mãos excessivamente fechadas. O “olhar” para as mãos refere-se à fixação do olhar que a criança mantém nas mãos, e o “brinca com os dedos” é quando os dedos das 2 mãos entram em contacto na linha média. O olhar para as mãos aparece em média aos 3 meses entre o primeiro 1º e o 4º, e o brincar com os dedos normalmente ocorre 1 mês depois. O olhar para as mãos deve desaparecer pelos 5 meses, caso persista ou reapareça, depois dos 5 meses poderá ser indicador de perturbações do sistema nervoso e ocorre em crianças com atraso (Bellman, Lingam & Aukett 1996).

A função visual: é observar se a criança se volta para a luz difusa, se fixa momentaneamente um pom-pom a 30 cm de distância, que balança com movimento pendular, e segue-o com os olhos num trajecto de 90º, se segue o objecto que balança, num

trajecto de 180°, se há convergência dos olhos com aproximação do objecto (Bellman, Lingam & Aukett 1996).

Audição e linguagem: a função da linguagem é observar se o bebé se assusta com o ruído súbito, a idade média de virar deliberadamente a cabeça para os sons altos é de 4 meses, varia entre os 3 aos 6 meses. A compreensão da linguagem, consiste em virar a cabeça para o sítio de onde vem o som, se é atento aos sons do dia a dia (sons rotineiros) (Bellman, Lingam & Aukett 1996).

Fala e competência de linguagem: esta área consiste perceber, se a criança consegue fazer sons guturais ocasionais, se vocaliza quando está bem disposto, ri e grita quando brinca, balbucia continuamente para atrair a atenção, e se imita sons divertidos dos adultos, tosse, brrr.

Competências sociais interactivas: observa-se se a criança sorri, se responde a um tratamento carinhoso, faz gracinhas e acena adeus, imita actividades de rotina da vida diária, o explorar as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos com interesse, se brinca sozinho perto de pessoa familiar, o brincar com os brinquedos de modo habilidoso, chutar uma bola pequena, atirar uma bola pequena (Bellman, Lingam & Aukett 1996).

Capacidades sociais de autonomia: está relacionado com a observação da alimentação, se o bebé segura no biberão quando está a ser alimentado, agarra a colher, se segura, morde e mastiga uma bolacha, se bebe por um copo (adequado para bebés) com ajuda, segura na colher mas não se alimenta com 12 meses, segura na colher, leva-a à boca mas entorna 15 meses a média que poderá acontecer (Bellman, Lingam & Aukett 1996).

4.1.3 Escala de avaliação do apoio social à família

A Escala de Avaliação do Apoio Social à Família usada nesta investigação é uma tradução feita para Portugal, por Coutinho (1996) de Family Support Scale (Dunst, Jenkins & Trivette, 1984). Este instrumento tem sido usado para medir as percepções das famílias

de crianças com NE sobre a utilidade e disponibilidade das diversas fontes de apoio social da sua rede de apoio.

A versão original da escala é constituída por 20 itens, dos quais dois com resposta aberta (Dunst, Jenkins & Trivette, 1984). Na versão Portuguesa, a Escala de Avaliação do Apoio Social à família é constituída por pelos mesmos, 20 itens, existindo apenas um para resposta aberta (item nº20), tendo o outro dado lugar à opção “vizinhos” (item nº9) (Coutinho, 1996).

O inquirido, para cada um dos itens anteriores pode seleccionar uma das seguintes opções de resposta: Não Disponível, Não ajuda, Por vezes ajuda, Geralmente ajuda, ajuda muito, Ajuda imenso. Os 18 itens da Family Support Scale e os 19 da Escala de Avaliação do Apoio Social estão distribuídos por cinco subescalas da seguinte forma (Coutinho, 1996):

Subescala Família (itens 1,2,3,4,5 e 8), nesta subescala podemos avaliar a utilidade dos diferentes membros da rede informal da família como os pais, familiares, filhos e cônjuge/companheiro do inquirido bem como os pais e familiares do cônjuge/companheiro do inquirido.

Subescala Relações Próximas (itens 6,7,9,10 e 11), nas relações próximas incluem-se os membros informais da rede de apoio social da família, tais como: os amigos do inquirido e os amigos do seu cônjuge/companheiro, os vizinhos, outros pais e os colegas de trabalho.

Subescala Grupos Sociais (itens 12,13 e 14), nesta subescala podemos avaliar como elementos informais da rede social da família, tais como: grupos de pais, grupos sociais/clubes e os membros da igreja/padre são úteis para as famílias da nossa amostra.

Subescala Profissionais (itens 15 e 18), nesta subescala referente aos profissionais, podemos avaliar o grau de utilidade do médico da família ou da criança e outros profissionais especializados (assistentes sociais, terapeutas, professores) para as famílias da nossa amostra.

Subescala Grupos Profissionais (itens 16,17 e 19), nos grupos de profissionais estão incluídos, o programa de intervenção precoce, os elementos da creche/jardim-de-infância e outros serviços (saúde, serviços sociais, saúde mental) da rede informal de apoio à família (Ibidem).

O grau de confiança e de validade da escala foram comprovados no estudo desenvolvido por Dunst, Trivette e Jenkins (1988), que incluiu 139 pais (96 mães e 43 pais) de crianças com NE, em idade pré-escolar, sendo a consistência interna de .77 e o grau de confiança de .75 (coeficiente de bipartição). Um e dezoito meses após os resultados obtidos foram, respectivamente, $r = .75$ ($SD = .17$, $p < .001$) e $r = .41$ ($SD = .18$, $p < .05$) para a correlação entre os itens e de $r = .91$ ($p < .001$) e $r = .47$ ($SD = .18$, $p < .01$) para a pontuação total da escala. A escala foi também relacionada com o bem estar dos pais ($r = .28$, $p < .01$), com a integridade da unidade familiar, ($r = .18$, $p < .01$) e com as percepções dos pais sobre o comportamento da criança ($r = .19$, $p < .05$).

4.1.4 Inventário de Rotinas na Família

As rotinas quotidianas são os rituais mais frequentemente praticados, no entanto são menos planeadas, menos intencionais ou conscientes. Boyce, Jensen, James e Peacockn (1983), produziram o seu Inventário de Rotinas Familiares com base dos 28 itens, que foram considerados por uma grande população de familiares como sendo mais importantes para a família.

É relevante referir algumas das rotinas mais pertinentes, tais como: forma de cumprimentar e despedir-se, telefonemas ou conversas regulares, refeições (horários, partilha nas tarefas, no que se pode falar durante a refeição (Lind, 2004). Todavia existe cada vez menos interacção e partilha nas refeições, o pai leva o tabuleiro para a sua mesa de trabalho, o filho para a TV, a filha para o computador, a mãe come na cozinha e tem trabalhos domésticos a realizar (Lind, 2004). Rotinas no deitar dos filhos, um exemplo disso, uma criança de cinco anos antes de se deitar dá um beijinho ao pai e à irmã que lhe desejam uma boa noite e bons sonhos. Leva o seu ursinho para a cama e pede à mãe para lhe contar ou ler uma história. A mãe também não esquece o seu copinho de leite na mesa

da cabeceira, no caso do André acordar durante a noite. Depois de finalizar a história, a mãe tapa-o bem com o cobertor, dá-lhe um beijinho e deseja-lhe uma boa noite e bons sonhos.

Formas de disciplina e regras para as crianças, nomeadamente algumas actividades nos tempos livres, por exemplo: sair para beber um café, fazer jogos, brincar com os filhos, conversar, etc. Actividade que se realizam uma vez por semana (ao fim de semana). Por exemplo passeios, visitas a familiares, idas ao cinema, realização de um desporto, etc (Lind, 2004).

As reuniões familiares são rotinas que têm um enorme efeito terapêutico, logo é aconselhável sobretudo às famílias com certos problemas comunicacionais (onde os membros não se falam, não se entendem ou discutem permanentemente) de realizar uma reunião familiar semanalmente. Nestas reuniões não pode estar ligada a TV ou haver outro tipo de distrações. As reuniões familiares podem começar com o relato das novidades semanais de cada membro. Depois podem ser debatidos os assuntos a resolver. Se a família achar oportuno pode ser elaborada uma acta com as regras estabelecidas e as tarefas por realizar. Este tipo de reuniões tem bastantes vantagens, sendo uma delas a possibilidade de reunir toda a família para fazer o balanço semanal, é dada a palavra a todos os familiares e intensifica-se a escuta activa, restringe-se o espaço onde são tratados os problemas e os pais não necessitam de controlar ou chamar permanentemente a atenção ao não cumprimento das tarefas por parte das crianças, jovens e mesmo dos cônjuges. Claro que todas as rotinas nos infantários, ATL's lares e escolas são igualmente de uma importância crucial. Eles oferecem uma estabilidade num contexto específico e contribuem para a socialização da criança.

Estas rotinas organizam o dia, dão um sentido de ritmo à vida das pessoas, auxiliam a fazer a transição de uma parte do dia para outra, desde o acordar até ao deitar, definem os papéis e as responsabilidades dos membros familiares e exprimem o que nós somos, enquanto família.

Eles providenciam um sentido de continuidade, previsibilidade e segurança ao longo do tempo. Por exemplo, sabemos que todas as manhãs os familiares irão cumprimentar-nos de determinada maneira. Precisamos desta familiaridade para sentirmos a interligação e

evitarmos permanentes renegociações em relação ao desenrolar do dia-a-dia. Claro que à medida que o tempo passa e os filhos crescem, estas rotinas deverão ser adaptadas às necessidades dos membros da família (ibidem).

4.1.5 Inventário das Necessidades da Família

O “Inventário das Necessidades da Família” foi escolhido uma vez que se trata de um instrumento de avaliação utilizado para o levantamento das necessidades das famílias, originalmente elaborado por Bailey e Simeonsson em 1988. O instrumento usado para avaliar as necessidades da família foi a adaptação do Family Needs Survey (Bailey & Simeonsson, 1988), feita para Portugal, com autorização dos autores, por Serrano (revisão 1990b), (Serrano e Correia, 1996), O Inventário das Necessidades da Família. Os itens estão agrupados em seis sub-escalas em ambos os instrumentos, estes correspondem a seis tipos de necessidades, sendo estas as seguintes: Necessidades de informação, Necessidades de Apoio, Necessidades de explicar aos outros, Necessidades de serviço da comunidade, Necessidades financeiras e Necessidades do funcionamento familiar. A resposta a cada item é feita em formato fechado numa escala de três opções (1. não necessito deste tipo de ajuda, 2. não tenho a certeza, 3. sim, necessito deste tipo de ajuda) (Gomes & Geraldês, 2006).

A Subescala Necessidades de Informação (itens 1 a 7), Bailey e Simeonsson (1988) consideram que os pais de crianças com NE necessitam de mais informação para educar a sua criança do que os pais de uma criança sem NE. Esta subescala pretende assim saber se os pais das crianças com NE sentem necessidades de informação sobre: como as crianças crescem e se desenvolvem, como brincar com a criança, como pegar na criança, como lidar com o comportamento da criança, informações sobre qualquer problema ou deficiência da criança e necessidade de informação sobre os serviços actuais e futuros. As preocupações dos pais sobre o futuro da criança têm sido bem documentadas por diversas investigações (Bailey & Simeonsson, 1988), bem como a necessidade de informação sobre os serviços presentes, sobre formas de ensinar a criança e informações sobre a NE da criança (Bailey & Simeonsson, 1988).

Subescala Necessidades de Apoio Social e Familiar (itens 8 a 15). Esta segunda subescala avalia as necessidades dos pais de apoio informal e formal como ter alguém na

família ou ter amigos com quem falar ou, ter alguém que ajude algum dos elementos do casal a aceitar a condição da criança, que ajude a família a discutir problemas e a encontrar soluções, que ajude a família a apoiarem-se uns aos outros ou que ajude a família a tomar decisões sobre tarefas familiares e actividades recreativas (Bailey & Simeonsson, 1988).

Subescala Necessidades Financeiras (itens 16 a 21). Considerando que a presença de uma criança com NE é muitas vezes sinónimo de despesas adicionais para a família, esta subescala pretende avaliar as necessidades dos pais, respeitantes a ajudas financeiras para obter equipamentos especiais e brinquedos para a criança, para pagar a infantário/terapia/ama ou outros serviços, ajuda para despesas mais elementares como comida, casa, cuidados médicos, roupas ou transportes ou ajuda para conseguir um emprego. A identificação das necessidades financeiras da família permite ao profissional proporcionar informação útil sobre possíveis ajudas, (segurança social ou outros serviços não governamentais) ou mesmo sugerir outras famílias que foram bem sucedidas na obtenção deste tipo de ajudas (Pereira, 1996).

Subescala Necessidades de Explicar a Outros (itens 22 a 26). Esta subescala avalia a necessidade das famílias de explicar a condição da sua criança a diferentes pessoas (pais, pais do marido, irmãos e irmãs, vizinhos, estranhos e a outras crianças) e a necessidade de encontrar informação escrita sobre outras famílias com uma criança com o mesmo problema da sua (Bailey & Simeonsson, 1988).

Subescala Necessidades de Tomar Conta da Criança (itens 27 a 29). As exigências adicionais colocadas aos pais de crianças com NE, quer a nível de cuidados diários quer a nível financeiro, levam a que estas famílias tenham necessidade de amas/baby-sitters ou infantários/pré-escolas para deixarem a sua criança enquanto vão trabalhar, ou simplesmente necessitam de alguém que lhes fique com a sua criança (Bailey & Simeonsson, 1988).

Subescala Necessidades de Serviços da Comunidade (itens 30 a 32). Cada família está inserida numa comunidade que por sua vez é constituída por famílias, profissionais e cidadãos, os quais representam a rede de serviços dessa comunidade capazes de dar

respostas às necessidades das famílias de crianças com NE (Correia e Serrano, 1998). Nesta subescala é avaliada as necessidades da família de assistência para localizar médicos/dentistas ou para encontrar outros pais de crianças com o mesmo problema que a sua. As mães de crianças com NE documentaram a necessidade de ler sobre o assunto e falar com pais de outras crianças como a sua (Bailey & Simeonsson, 1988).

A versão original do instrumento, foi testada com uma amostra de 34 famílias biparentais, nas quais existia uma criança em idade pré-escolar com uma deficiência não específica de gravidade média ligeira, quociente cognitivo médio de 66 e quociente motor médio de 57 (Bailey & Simeonson, 1988). O instrumento original apresentou uma boa consistência interna, alfa de Cronbach 0,86 (Bailey & Simeonson, 1988).

5. Procedimento

Para a elaboração deste trabalho, foi solicitada a autorização ao Presidente da Câmara Municipal (Anexo A), pois a criança em estudo frequentava uma creche da rede da autarquia. Após a autorização existiu uma conversa informal com os pais, da qual resultou a resposta afirmativa, foi efectuada a solicitação formal.

Após a autorização dos pais e do Presidente da Câmara, iniciou-se o processo de investigação na instituição que a criança frequentava, foi comunicado à educadora que iria existir um estudo com uma criança da creche. Dando continuidade ao procedimento necessário, marcou-se uma entrevista com os pais da criança, de acordo com a sua disponibilidade. Aquando da entrevista estabeleceu-se o primeiro contacto. No início da mesma, foi apresentado aos pais o consentimento informado (Anexo B). Este contém o objectivo do trabalho e garante respeito e confidencialidade da informação recolhida, e de anonimato da pessoa em questão. Ambas as partes assinaram este documento e cada qual possui a versão original, que obviamente não pode ser incluído neste trabalho pois violaria o que precisamente se propõe a respeitar. Segundo Fischer (2003), a privacidade e a confidencialidade reportam-se ao princípio ético do respeito pelos direitos e dignidade das pessoas, referenciado pela American Psychological Association (1994).

Posteriormente, a anamnese (Anexo C) foi administrada no dia 2 de Fevereiro de 2009. No início da entrevista a mãe não estava muito à vontade, mas com o decorrer da entrevista o seu comportamento melhorou, ou seja começou a fornecer mais informação nas perguntas que lhe eram administradas, logo a informação recolhida foi mais enriquecida, pela esclarecimento obtido, todo este procedimento demorou cerca de três horas. A mãe chegou primeiro que o pai cerca de duas horas, logo que a mãe chegou deu-se início à entrevista. Entretanto o pai chegou com o filho e estiveram os três até ao final, a relação dos pais para com o filho era de carinho, paciência, a atitude da mãe perante a criança era mais passiva, o pai tinha uma atitude mais activa, chama-o mais vezes a atenção, o comportamento da criança era de agitação, curiosidade, os gritos eram constantes. A criança foi repreendida pelo pai várias vezes, carinhosamente.

Como o tempo era escasso, os instrumentos não foram todos administrados, logo houve uma explicação exaustiva dos testes, foi questionado se não se incomodariam de preencher os dois os restantes instrumentos em casa, a resposta foi afirmativa, portanto os pais levaram o material para casa e no dia seguinte entregaram na instituição, tudo preenchido como teria sido explicado.

No dia 4 de Fevereiro de 2009, a SGS-II (Anexo G) foi administrada à criança na sala de creche na presença da educadora de infância, pelas nove horas e trinta minutos e durou cerca de 20 a 25 minutos. A criança fez todas as tarefas que lhe foram administradas, algumas dessas realizou com sucesso, outras nem tanto.

Desde o início até à conclusão do nosso trabalho prático, os pais manifestaram sempre bastante abertura, receptividade e colaboração, em todos os momentos.

6. Resultados

6.1.1 Resultados de Schedule of Growing Skills II

1- Qual o perfil de desenvolvimento duma criança em risco ambiental?

Os resultados de avaliação da criança com a SGS-II (Anexo G), nas áreas que apresentou melhor realização foram: na postura passiva, pois a sua postura está adequada para idade que a criança tem que é 13 meses e doze dias, na manipulação de objectos a criança está dentro dos parâmetros da idade, obteve um nove na escala geral que é a que corresponde à sua idade. Na área da audição e linguagem, a criança está dentro dos parâmetros, na escala geral conquistou a classificação de oito pontos, a autonomia da criança também está dentro destes parâmetros obteve cinco pontos na escala geral que é o número que corresponde à idade desta.

As áreas que apresentou fraca realização são as seguintes: a postura activa é uma das áreas consideradas de fraca realização, pois obteve um 9 na escala geral que corresponde aos 9 meses, para estar dentro dos parâmetros teria que ter 12 pontos, na locomoção também foi uma das áreas menos favoráveis, obteve um 1 na escala geral que corresponde 10 meses, para estar em concordância com a idade teria que obter 4 pontos. Na visão a criança adquiriu na classificação geral 9 pontos que corresponde aos 10 meses, o valor ideal era 11 pontos. Na fala e linguagem os valores obtidos na escala geral foi 4 pontos que corresponde aos 10 meses, o valor indicado seria 7 pontos. Em relação à interacção social a classificação final foi de 7 pontos que corresponde aos 10 meses, o ideal seria 10 pontos. A última área é a cognição, obteve 4 pontos que corresponde aos 9 meses de idade, para estar em concordância com a idade que a criança tem teria que ter 8 pontos.

Podemos constatar, que a criança apresentou uma melhor realização nas seguintes áreas: postura passiva, manipulação, audição e linguagem e a autonomia (Anexo G). As áreas de frágil realização são; postura activa, locomoção, visão, fala e linguagem, interacção social e cognição. Logo conclui-se que a criança tem atraso específico nestas áreas, sendo de salientar que estes dados são relativos ao momento de avaliação.

6.1.2 Resultados da escala de avaliação de apoio social à família

2- Como se estrutura a sua rede de suporte formal e informal?

Os resultados da escala de avaliação de apoio social à família são os seguintes (Anexo D); na rede de apoio informal esta família tem apoio dos pais que geralmente “ajudam muito”, os parentes mais próximos “por vezes” ajudam e os amigos que “por vezes ajudam”.

Na rede de apoio formal, esta família tem apoio do médico de família, o que “por vezes ajuda” e da creche que “geralmente ajuda”. Relativamente aos restantes apoios, esta família não tem acesso.

Podemos concluir que, apesar de haver apoio, ainda não é o suficiente para a necessidade que esta família comporta, pois apesar da grande parte dos apoios existentes e que poderiam eventualmente desempenhar um papel importante no seio desta família, estes não se mostram disponíveis ou são de alguma forma inacessíveis. Os pais reforçam a ideia de que a maior parte dos serviços disponíveis, cobram quantias monetárias que eles não podem comportar.

6.1.3 Resultados do inventário de rotinas da família

3- Como se caracterizam as suas rotinas diárias?

As rotinas diárias desta família são as seguintes (Anexo E): os pais apesar de serem trabalhadores, no activo, disponibilizam tempo para tomar conta da criança diariamente, embora essa disponibilização não corresponda sempre com a mesma duração de horas; alguns membros da família tomam todos os dias o pequeno-almoço em conjunto; os pais falam todos os dias com os avós paternos e quando alguém sai de casa a família dá conta de quem chega ou se ausenta.

Habitualmente, entre três a cinco vezes por semana, a criança costuma deitar-se à mesma hora, o seu ritmo diário é quase sempre o mesmo, no que concerne aos pais quando estão se encontram em casa, saem com a criança para passear, no entanto, quando estão a

laborar e com maior carga horária, não dispõem de tempo para o poder fazer, por chegar demasiado tarde a casa.

De entre uma a duas vezes por semana, os pais dispõem de algum tempo durante o dia para dedicar em exclusivo à criança, falando com ela, brincando também, levando-a a visitar outros familiares, e é nestes dias que a família dispõe de algum tempo também para si.

A família quase nunca dispõe de tempo unicamente destinado para brincar com as crianças: após chegados a casa, em regresso do trabalho, os pais não lêem quaisquer livros, como também, não contam histórias, não praticam desporto. A criança apresenta por norma, ausência consistente de hábitos, assim como não faz pedidos especiais na hora de ir para a cama. O agregado familiar dificilmente janta todos os dias à mesma hora, nem se organiza no sentido de se reunir, a uma hora em concreto, para poderem realizar em conjunto um jantar, raramente isso acontece, assim como, também o agregado, não tem específicas normas, para receber os pais da criança, na chegada a casa, ao fim de um dia de trabalho. Os pais raramente agem da mesma forma, quando as crianças se portam mal.

Podemos concluir, mediante este inventário, que esta família tem poucas rotinas estabelecidas.

6.1.4 Resultados do inventário das necessidades da família

4 - Quais são as necessidades da família?

Os resultados obtidos através da aplicação do inventário sobre as necessidades da família (revisão 1990b) (Anexo F), na subescala de informação, demarca-se a necessidade que os pais sentem de obter informação de como as crianças crescem e se desenvolvem, de como devem lidar com o comportamento que estas adoptam em determinadas ocasiões, de estarem munidos de informação para que possam minimamente conhecer ou simplesmente sinalizar algum problema ou deficiência que a criança possa apresentar.

Na subescala de apoio social e familiar, os pais sentem necessidades de trocar impressões com outros elementos da sua família acerca dos seus problemas e preocupações, ou mesmo através de amigos com quem se sintam à vontade para falar,

ajudar a família, discutindo determinados problemas no intuito de encontrar soluções, apoiarem-se mutuamente nos momentos difíceis e tentar superá-los, ou simplesmente decidir a quem serão atribuídas as tarefas domésticas ou tomar conta das crianças, e ainda, outras tarefas familiares.

A nível das finanças a família sente necessidade em suportar os encargos financeiros, tais como a alimentação, habitação, cuidados médicos, vestuário ou transportes, infantário e outro serviço que a criança necessite, como por exemplo: despesas para a terapia da criança caso seja necessário.

Denotam sérias dificuldades no modo como explicam a outras pessoas, fora do âmbito familiar, a questão que se coloca relativamente à criança, bem como, em explicar tal assunto a outros pais que conhecem, e ainda dificuldades agravadas, quando o assunto é abordado pelos avós paternos da criança.

Finalizando, no que diz respeito à supervisão da criança por adultos, os pais apesar de se mostrarem voluntários, não o podem fazer, devido às questões laborais, neste contexto, sentem necessidade de encontrar um infantário para a criança, contudo surge um obstáculo, pois a criança faz aniversário no final do ano, isso quer dizer que a vaga para ingresso no infantário só surge no caso de não existirem crianças mais velhas, uma vez que são as que têm prioridade.

Por outro lado, mas no mesmo sentido, neste caso, sobre a saúde oral da criança, os pais esbatem-se por encontrar um médico – dentista, que se lhes apresente um orçamento que estes possam suportar, para realizar um tratamento à criança, esta preocupação deve-se ao facto de à mãe, quando criança, lhe ter surgido problemas graves nos dentes, e desejar evitar que aconteça o mesmo ao seu filho. A criança centra uma grande parte das necessidades directa ou indirectamente que os pais sentem, despoletado pelos problemas por si só iniciados, como por exemplo, a ida para o infantário, os cuidados médicos, que se acumulam com os já existentes dos Pais, como por exemplo a necessidade de maior liquidez financeira, disponibilidade de tempo, etc.

Pode-se concluir que a família tem noção das dificuldades que encontra no seu dia-a-dia, e das limitações que os assistem.

7. Discussão dos Resultados

O presente trabalho de investigação teve como objectivo explorar como a família experiencia ter uma criança com problemas de desenvolvimento. Procuramos determinar a resposta às seguintes questões de investigação:

1- Qual o perfil de desenvolvimento duma criança em risco ambiental?

Após a análise da Schedule of Growing Skills II (Anexo G) verificou-se que, as áreas que estão dentro dos parâmetros da idade são as seguintes: a postura passiva, manipulação, audição e linguagem, e ainda, a autonomia. As áreas de fraca realização são: a postura activa, locomoção, visão, fala e linguagem, interacção social e cognição. Portanto mediante estes resultados conclui-se que a criança apresenta algumas aquisições abaixo do esperado para a sua idade cronológica pelo que se trata de uma criança com risco de atraso desenvolvimental.

De acordo com a revisão de literatura efectuada sobre o desenvolvimento da criança, verifica-se que os marcos motores atingidos na primeira infância são de facto um dos sinais mais visíveis no desenvolvimento do bebé (Slater & Bremner, 2005). No entanto o desenvolvimento das capacidades motoras tem implicações muito relevantes, pois a capacidade de interferir no mundo afecta todos os outros aspectos do desenvolvimento, cada novo sucesso traz consigo um grau crescente de autonomia. Um dos exemplos de autonomia acontece, quando o bebé começa a rastejar, ao revelar-se autónomo na mobilidade – esse preciso momento, dá início a umas das mudanças centrais do desenvolvimento inicial (Slater & Bremner, 2005).

Todas essas mudanças vão afectar o desenvolvimento emocional e social, a comunicação, a apreciação de alturas e compreensão da distância e do espaço (Campos, Anderson, Barbu-Roth, Hubbard, Herteinstein & Wirtherington, 2000).

A percepção é afectada quase sistematicamente pela motricidade, no entanto é essencial ponderar que o desenvolvimento de uma capacidade é influenciado pelo desenvolvimento da outra. O progresso da locomoção está articulado com a presença de estereotípi

rítmicas que subsistem na repetição de certos movimentos, tais como, oscilações, agitações, pontapés ou andar de bicicleta (Vauclair, 2004). Thelen (1987), nas suas observações, concluiu que as estereotípias aumentavam, mesmo antes da criança começar a rastejar, logo as novas habilidades motoras não surgem de repente, antes resultam da coordenação de um leque de outras capacidades perceptivas e motoras.

A interacção social é muito proeminente em todos os contextos, pois os factores sociais e culturais, estão incluídos no contexto de um meio físico social que rodeia a criança desde a sua concepção (Borges, 1987). Na teoria da aprendizagem social, há uma atribuição de grande importância nos processos cognitivos, a criança observa o comportamento dos outros conduzindo-a a descobrir formas de recombinação dos elementos presentes no seu repertório e denominando ainda a atenção para o processo de interiorização dos valores parentais e sociais abrangidos no processo. É importante salientar, o facto das crianças serem participantes activas no processo de ambientação social (Borges, 1987).

Todavia, a área cognitiva é muito pertinente no desenvolvimento da criança, na teoria elaborada por Piaget, cuja ancoragem remete para a biologia, é uma das características mais notáveis na sua teoria, pois a inteligência estabelece a continuação da adaptação biológica. Porém, há um prosseguimento entre os domínios biológico e cognitivo. Ao longo dos processos de desenvolvimento individual, para dar conta dessa passagem, Piaget recorre a conceitos funcionais e estruturais, sendo estes processos designados de assimilação e acomodação, são as invariantes funcionais que certificam a sequência entre os planos biológico e psicológico (Atkison, Atkison, Smith & Bem, 1995).

É importante salientar neste estudo o risco ambiental, pois nele estão incluídas crianças que têm histórias pessoais e familiares com ambientes alterados ou problemas sociais graves, que podem causar na estrutura, défices, sobretudo de natureza psicológica.

Respondendo à primeira questão do estudo, dentro do perfil que foi traçado a partir da escala de desenvolvimento administrada, a criança apresenta seis áreas de fraca realização. Isso poderá significar que não está a adquirir competências esperadas para a sua idade cronológica. Na revisão da literatura verificou-se que o risco ambiental é um dos

factores importantes no desenvolvimento. O facto de esta família viver numa situação socioeconómica precária, poderá influenciar o desenvolvimento da criança.

2- Como se estrutura a sua rede de suporte formal e informal?

Da análise efectuada à rede de apoio informal, esta família tem apoio dos pais, dos parentes e dos amigos. Na rede de apoio formal, esta família tem apoio do médico de família, da creche.

Todavia, a família está incluída num meio social, conduzindo os técnicos a considerar uma perspectiva sistémica social. Nesta perspectiva a família é vista como um “todo” com carências e particularidades específicas, encontrando-se inserida num conjunto de redes sociais formais e informais. Uma vez que os elementos são interdependentes, para uma intervenção eficaz é essencial ter em conta a família, compreendê-la e auxiliá-la de forma a influenciar de forma positiva todos os membros da família (Dunst, Trivette, & Jenkins, 1988).

Segundo Correia e Serrano (2000), auxiliar, compreender e responder às necessidades da família, possibilita uma maior ajuda, maior disponibilidade de tempo, energia e recursos dos pais, de forma a poderem propiciar o bem-estar aos outros membros da família.

De acordo com o enquadramento conceptual defendido por Bronfenbrenner, integrado nas teorias sistémicas, as experiências do indivíduo são encaradas como subsistemas dentro de outros sistemas, assim como um conjunto de estruturas de encaixe, cada uma outra dentro da seguinte, como de um conjunto de bonecas russas se tratasse (Bronfenbrenner 1986).

Esta abordagem considera que o desenvolvimento humano, directa ou indirectamente está relacionado com o contexto onde este ocorre, não focando apenas o indivíduo, mas também sistemas contextuais dinâmicos e modificáveis e, em constante desenvolvimento (Pereira, 2002; Portugal, 1992).

No entanto, a família começa a ser considerada como receptora e agente activo no programa de intervenção (Almeida, 2004). A avaliação e intervenção centradas na família

forçaram a reflectir nos modelos tradicionais, de forma a envolver uma perspectiva ecológica e sistémica, com práticas baseadas num modelo de fortalecimento das competências da família (Correia & Serrano, 2000; Pimentel, 2004a).

Respondendo à segunda pergunta, a rede de apoio informal e formal são muito importantes para o bem-estar da criança. Neste caso em concreto, de facto há algum apoio informal, mas não é o suficiente. A nível formal também existe algum apoio, mas continua a não ser o suficiente, pois, as redes de apoio praticamente não existem.

3- Como se caracterizam as suas rotinas diárias?

Analisando o inventário das rotinas, verificou-se que esta família tem poucas rotinas diárias.

Na revisão de literatura que se efectuou, conclui-se que as rotinas familiares são de extrema importância para o fortalecimento das famílias, possibilitando um restabelecimento das ligações interpessoais, uma elaboração de um significado de vida e uma segurança no contexto familiar e comunitário. Daí, a indispensabilidade de cada família descobrir os 'seus rituais', ou seja os rituais que lhes façam mais sentido (Lind, 2004).

As necessidades da família devem ser submetidas a uma avaliação eficaz, o profissional deve ter atenção às prioridades da família para alcançar metas e serviços, apoiar na obtenção dessas prioridades, reconhecendo os recursos familiares que melhor se relacionem com tais prioridades. Reconhecer as precedências da família e conjuntamente certificar-se que as intervenções são planeadas e implementadas de forma a respeitar essas prioridades e não as dos profissionais (McWilliam et al., 1996). Este processo deve ser contínuo porque as prioridades também podem mudar devido a diferentes factores, temporários ou permanentes, tais como: hospitalização, mudança de emprego, ou apenas mudança de opinião. Estas mudanças nas prioridades da família devem ser acompanhadas por mudanças nos serviços e no plano de intervenção para dar resposta à mudança das prioridades. Só desta forma é que a intervenção estará a responder às mudanças nas prioridades da família (McWilliam et al., 1996).

Todavia, numa abordagem centrada na família o intervencionista reverencia e ajusta-se às rotinas familiares. Logo, o intervencionista precoce possibilita que os pais funcionem como pais e não como terapeutas, avalia as necessidades da criança à luz do contexto da vida familiar, desenvolve intervenções enquadradas nas rotinas familiares e constrói e consolida o sistema de apoio natural da família, sem o substituir por serviços (McWilliam, Winton & Crais, 1996).

Os profissionais quanto mais se esforçarem para atenderem as prioridades da família, mais aptos estarão de desenvolver relações próximas com ela. Logo, a família será capaz de ver o intervencionista precoce como um potencial recurso para atender as suas necessidades (McWilliam et al., 1995).

Respondendo à terceira pergunta e porque, as rotinas são muito importantes para todas as famílias, neste caso específico existem poucas rotinas diárias, que envolvam a criança e a família. Logo, há uma grande perda no seio familiar pela falta dessas rotinas, tendo em conta que são essenciais para o bem-estar de todos os membros que fazem parte da família. Segundo a literatura revista o intervencionista desempenha um papel muito importante na intervenção, pois este estuda a família e avalia as suas necessidades e perante as necessidades da família vai organizar o projecto de intervenção que melhor se adequa à família em estudo.

Neste contexto, a criação de rotinas familiares, e a sólida relação inter-pessoal entre os elementos que formam a família, vai permitir à criança, que se sente apoiada e segura, um bom desenvolvimento de iniciativa de acção, como por exemplo, realizar tarefas autonomamente, como ser capaz de realizar uma refeição, manuseando os talheres e ingerir os alimentos. O simples envolvimento da criança e dos pais nos hábitos de rotina, vai desencadear significativamente o sentimento de independência da criança, e também irá promover, subsequentemente, as suas relações sociais.

4- Quais são as necessidades da sua família?

Posteriormente à análise das eventuais necessidades da família, concluiu-se que esta família sente necessidade, na obtenção de informação, no apoio social e familiar, nos recursos financeiros, em explicar aos outros os problemas que se lhes depara e a

dificuldade em os ultrapassar, e ainda, a necessidade de saber qual o melhor procedimento para ‘tomar’ conta da criança.

Da revisão de literatura, conclui-se que o modelo de apoio e reforço das potencialidades da família engloba elementos conceptuais e de procedimento que, em conjunto, permitem implementar um plano de identificação e disponibilização dos apoios e serviços a serem prestados à família. As necessidades e objectivos das famílias, os seus pontos fortes e capacidades, bem como o recurso aos apoios, constituem factores importantes na avaliação e planeamento da intervenção centrada na família (Dunst, 2000a).

A aplicação deste modelo implica (Dunst, 2000a) a identificação das prioridades das famílias (desejos, necessidades, preocupações, aspirações).

Este modelo aborda os seguintes parâmetros de procedimentos que em conjunto permitem corresponsabilizar (Dunst, 2000a):

Necessidades da família – estas são alvo de práticas de soluções dos problemas e preocupações expostas pela família como soluções importantes para conseguirem uma vida normal (Dunst, 2000a).

Categorias de necessidades – são utilizadas uma vez que as necessidades das famílias traduzem em categorias de recursos. As categorias estão divididas no desenvolvimento e da educação da criança, educação e enriquecimento do adulto; cuidados a prestar à criança; cuidados de saúde e educação; actividades e necessidades vivenciais e recreativas; economia; transporte (Dunst, 2000a).

Práticas a nível de programa – as práticas deste modelo baseiam-se nas necessidades das famílias, nos pontos fortes e nos recursos das mesmas já disponíveis. Estas práticas têm como objectivo aumentar o fluxo de recursos dirigidos à família de forma a tornar-se apoiante e potenciar a competência (Dunst, 2000a).

Fontes de apoio – este modelo reconhece como fontes de apoio para a família um leque de pessoas de uma dada comunidade, de grupos, de organizações, de programas e agências e tentam tornar esses recursos viáveis como opções de recursos (Dunst, 2000a).

Resultados – estes devem ser conseguidos após a operacionalização dos parâmetros expostos anteriormente, tanto para a criança como para a família. Estes resultados incluem a potencialização das competências comportamentais, a promoção do desenvolvimento da criança, dos pais e da família e a atribuição de competências de corresponsabilização e eficácia pessoal nas capacidades específicas e individuais de cada um. Outros resultados têm a ver com indicadores de qualidade de vida, como por exemplo, bem-estar e satisfação (Dunst, 2000a).

Assim, aumentar as competências da família significa, para Dunst, Trivette (1990), disponibilizar às famílias as necessárias informações e aptidões de forma a que cada família se torne auto suficiente e, conseqüentemente, mais capaz de promover o bem-estar, bem como capaz de contagiar de forma positiva outras áreas de funcionamento do seu sistema familiar.

Respondendo à quarta pergunta, esta família tem várias necessidades, as quais não tem possibilidades de colmatar, pois desde logo não tem informação suficiente do que eventualmente poderá estar a passar-se com a criança, não tem apoio de técnicos especializados que os possam ajudar a ultrapassar certas dificuldades e ajudá-los a perceber no que estão a falhar e o que podem fazer para melhorar. Todo este processo era de muita utilidade, mas a família não tem apoio de profissionais com a excepção do médico de família e da educadora de infância.

Proposta de Intervenção Precoce

A proposta de intervenção precoce aqui apresentada tem como finalidade criar condições para uma intervenção integrada na acção social, saúde e educação junto da criança e sua família e da comunidade envolvente. Os técnicos especializados que poderiam integrar a equipa seriam: uma educadora de infância, um psicólogo, um técnico de acção social e um médico. Esta proposta será direccionada a crianças com deficiência ou em situação de risco, com atraso grave de desenvolvimento e suas famílias, tendo como ponto de partida a criança e a família objecto deste estudo

Os destinatários desta proposta de intervenção precoce são famílias com crianças dos 0 aos 6 anos de idade, preferencialmente dos 0 aos 3 anos, que apresentem deficiência ou se encontrem em situação de risco biológico, desenvolvimental e ambiental e que residam no Concelho de Paredes. É um serviço especializado e totalmente gratuito, financiado pela autarquia, através da Associação dos Empresários para a Inclusão Social (EPIS).

Os objectivos desta proposta são os seguintes: prevenir e promover condições que facilitem o desenvolvimento global das crianças, minimizando as consequências das situações de risco; apoiar e incentivar as famílias a utilizarem as suas competências de forma a encontrarem respostas às suas necessidades; potencializar os recursos existentes na comunidade e promover a articulação entre os diferentes serviços e instituições.

Conclusão

A intervenção precoce (IP) em Portugal tem vindo a sofrer modificações e adaptações, ainda que de forma lenta. De acordo com a revisão de literatura, as práticas em IP caracterizam-se como ecossistémicas, transaccionais e de fortalecimento de competências das famílias. As famílias são normalmente constituídas pelas pessoas mais importantes para a criança e é neste meio que a criança passa maior parte do tempo numa fase inicial da sua vida. Os pais são considerados os primeiros prestadores de cuidados, os modelos, os disciplinadores, os agentes de socialização e os educadores dos seus filhos, daí que a IP não se possa focar de forma isolada na criança, nem retirar a criança do seu contexto familiar e intervir directamente nela, sem considerar as influências recíprocas que a família exerce, uma sobre a outra (Coutinho, 2004; Cruz, 2003).

Com este estudo pretende-se contribuir para a implementação destes modelos, fazendo um levantamento das necessidades da família em estudo, de forma a encontrar soluções para o apoio, corresponsabilização e capacitação de famílias, uma vez que é inexistente, segundo se conhece, o levantamento das necessidades de informação. Segundo Bailey e Wolery (1992), as necessidades mais prevaletentes seleccionadas pelas famílias dizem respeito às da área das necessidades de informação, da área das necessidades financeiras e às necessidades específicas de oportunidades para ler e obter informação acerca de outras famílias de crianças com NE. Foram ainda encontradas, neste estudo, mais duas necessidades prevaletentes, seleccionadas da área do apoio social e familiar.

Neste sentido, o trabalho de investigação foi desenvolvido com o objectivo de explorar como a família experiencia ter uma criança com problemas de desenvolvimento. Propondo como questões de investigação: 1 – Qual o perfil de desenvolvimento numa criança em risco ambiental?; 2 - Como se estrutura a sua rede de suporte formal e informal?; 3 - Como se caracterizam as suas rotinas diárias?; 4 - Quais são as necessidades da sua família?.

Dos resultados encontrados verifica-se que de facto a criança apresenta resultados abaixo do esperado para a sua idade em algumas áreas, os pais não tem noção do desenvolvimento normal de uma criança, de quais as etapas que deveriam ultrapassar em determinados meses, não têm acesso a informação que os alertem para a realidade do

desenvolvimento da criança, logo não sabem como agir nem a quem se dirigir numa situação destas.

Relativamente à rede de apoio formal e informal, os pais tem pouco apoio, tanto numa rede como noutra, não há rede de apoio formal local, que intervenha numa situação como esta ou idêntica, os recursos em todas as áreas são escassos ou mesmo inexistentes. Comparativamente às rotinas diárias, poucas rotinas naquela família existem, ou porque têm falta de tempo em comum, ou por puro desconhecimento da importância das rotinas diárias. Sem dúvida alguma que esta família tem muitas necessidades em várias áreas, nomeadamente o pouco acesso à informação sobre o desenvolvimento da criança, tem falta de apoio familiar e social, tem dificuldades em explicar aos outros o que se está a passar com a criança. Todos estes factores enumerados, são de extrema importância no dia-a-dia para esta família, e para além de não terem acesso, nem terem conhecimento da existência de serviços, pouco ou nada sabem como os acionar, usufruir ou aceder em caso de necessidade, como por exemplo, entre outros, o serviço de pediatria em funcionamento nos hospitais locais.

A evolução deste estudo, foi uma experiência muito enriquecedora, uma troca de experiências e principalmente uma aprendizagem pessoal a vários níveis. Desde que contactámos com esta realidade, aprendemos a valorizar melhor a vida, e de uma perspectiva diferente desenvolvemos e aperfeiçoámos o nosso lado humano. Constatámos que os pais não têm pleno conhecimento do que se passa com a criança em termos de desenvolvimento. Reconhecemos a necessidade no estudo realizado, fazemos uma especial menção à importância de técnicos especializados para identificar as crianças em risco e criar serviços de intervenção precoce dirigidos à criança, à família e à comunidade, pois decerto que, uma criança assinalada atempadamente, maiores probabilidades terá em superar os obstáculos no seu desenvolvimento.

Referências

- Almeida, I. C. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança na família e na comunidade? *Análise Psicológica, 1* (22), 65-72.
- Alves-Mazzoti, A., & Gewandsznajder, F. (1998). *O Método nas Ciências Naturais-Pesquisa Quantitativa e Qualitativa*. São Paulo: Editora Pioneira.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (1994). *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C. & Bem, D. J. (1995). *Introdução à psicologia*. 11ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bailey, D. B. & Simeonsson, R. J. (1988). Assessing needs of families with handicapped infants. *Journal of Special Educations, 22*, 1, 117-127.
- Bailey, D. B., & Wolery, M. (1992). *Teaching Infants and Preschoolers With Disabilities*. 2º Edition. New Jersey: Prentice Hall.
- Bairrão, J. (1994). *A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias. O caso da intervenção precoce*. Lisboa: Inovação.
- Bairrão, J. E. & Felgueiras, I. (1978). Contribuições para o estudo das crianças em risco. *Análise Psicológica, 4*, 31-39.
- Beckman. P. J. (1996). The service system and its effects on families: an ecological perspective. In Brambring, Rauh, H. & Beelmann (Eds.). *Early childhood intervention: theory, evaluation and practice* (pp.175-195). Berlin, New York: De Gryter.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). *Schedule of growing skills II*. London: GI Assessment.

- Borges, M. I. P. (1987). *Introdução à psicologia do desenvolvimento*. Porto: Edições Jornal de psicologia.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Loss, sadness and depression*. Londres, Reino Unido: Hogarth Press.
- Boyce, W., Jensen, E. W., James, S. A., & Peacock, J. L. (1983), The family routines inventory: theoretical origins. *In Social Science and Medicine, 17*, 193-200.
- Brandão, M. T. (2007). Intervenção precoce parecer sobre o despacho conjunto nº 891/99. *Parecer*, 1-8.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). *Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives*. American Psychological Association: Inc. Cornell University.
- Bryman, A. (1992). *Quantitativy and quality in social research*. London: Routledge.
- Burton, D. (2000). The use of case studies in social science research. In D. Burton (Ed.). *Research training for social scientists* (pp.215-225). London: Sage Publications.
- Campos, J. J., Anderson, D. I., Barbu-Roth, M. A., Hubbard, E. M., Herteinstein, M. J., & Wirtherington, D. (2000). Travel broadens the mind. *Infancy, 1*, 149-219.
- Carey, S., & Spelke, E. S (1994). Domain-specific knowledge and conceptual change, *In* Hirschfeld, L. & Gelman, S. (Eds.). *Mapping the mind: domain specificity in cognition and culture* (pp.169-200). Cambridge: Cambridge University Press.
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development, 65*, 541-561.
- Correia, L. M. & Serrano, A. M. (2000). *Envolvimento parental em intervenção precoce das práticas centradas nas crianças às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.

- Correia, L. M., & Serrano, A.M. (1999). Envolvimento Parental na Educação do Aluno com Necessidades Educativas Especiais. In: Correia, L. M.. *Alunos com Necessidades Educativas Especiais na Classes Regulares* (pp. 143-158). Porto: Porto Editora.
- Coutinho, M. T. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1 (22), 55-64.
- Coutinho, M.T. (1996). Intervenção precoce: dificuldades, necessidades e expectativas das famílias. *Integrar*, 10, 5-16.
- Cruz, A. I., Fontes, F., & Carvalho, M. L. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa: Livros SNR.
- Deal, A. G., Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1989). A flexible and functional approach to developing individualized family support plans. *Infants and Young Children*, 1, (4), 32-43.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (1998). Entering the field of qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (pp.1-34). London: Sage Publications.
- Diário da República. (2009). *Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro*. 1º Série. Nº 193, pp 7298-7301. Consultado em Outubro, 20, 2009, retirado de http://www.inr.pt/uploads/docs/noticias/2009/dl_281_2009.pdf.
- Dolle, J. M. (1997). *Para compreender Jean Piaget*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dunst, C. J. (2000a). Apoiar e capacitar as famílias em intervenção precoce: o que aprendemos?. In: Correia, L. M. & Serrano, A. M. (orgs.). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce Das Práticas centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* pp.77-92. Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (2000b). Corresponsabilização e Práticas de Ajuda que se Revelam Eficazes no Trabalho com Famílias. In: Correia, L. M. & Serrano, A. M. (orgs.). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce Das Práticas centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (pp.77-92). Porto: Porto Editora.

- Dunst, C. J., & Deal, A. G. (1994). A family-centered approach to developing family support plans. In C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (eds.). *Supporting and strengthening families: Vol. 1. Methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Jenkins, V., & Trivette, C. M. (1984). Family support scale: reliability and validity. *Journal of Individual, Family, and Community Wellness, 1*, 45-52.
- Dunst, C. J., Leet, H.E., & Trivette C.M. (1988). Family resources, personal wellbeing and early intervention. *The Journal of Special Education, 22*, 108-116.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. & Jenkins, V. (1988). Family support scale. In Dunst, C. J., Trivette, Deal A. *Enabling and empowering families: principles and guidelines for practice*. Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Erickson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Etzel, R. A. & Balk, S. J. 2003. *American Academy of Pediatrics. Committee on Environmental Health. Pediatric environmental health. 2ª ed.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Ferreira, M. de C. T., & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(1), 35-44.
- Filipe, I. M. R. (s/d). Intervenção precoce na infância: práticas centradas na família e nos locais de vida da criança. *Direcção-Geral de Inovação e do Desenvolvimento Curricular*.
- Fischer, C. (2003). *Decoding the ethics code: a practical guide for psychologists*. London: Sage Publications.

- Fortin, M. F. (1999). *O projecto de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gesell, A. (1979). *A criança dos 0 aos 5 anos*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Gesell, A. (2003). *A criança dos 0 aos 5 anos*. 6ª ed. Lisboa: Editora Martins Fontes.
- Gesell, A., & Ames, L. (1940). The ontogenetic organization of prone behavior in human infancy. *Journal of Genetic Psychology*, 56, 247-263.
- Gomes, F. S., & Geraldes S.(2006). Necessidades das famílias de crianças com deficiência: um estudo com a escala family needs survey. *Revista da Faculdade de Ciências humanas e sociais*, 3, 277-287.
- Gonçalves, M. (2003). *Psicoterapia uma arte retórica: contributos das terapias narrativas*. Coimbra: Quarteto.
- Graminha, S. S. V. & Martins, M. A. O. (1997). Condições adversas na vida de crianças com atraso de desenvolvimento. *Medicina, Ribeirão Preto*, 30, 259-267.
- Grantham-McGregor, S., Cheung, YB., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L. & Strupp, B. (2007). International child development steering group developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369, 60-70.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Gamezy, N. & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Halpern, R. & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria* 80 (2 Supl), S104-S110.
- Horowitz, F. D. (1992). The concept of risk: A reevaluation. In Friedman, S. L., Sigman, M. D. (Eds.). *The psychological developmental of birthweight children*. (pp. 61-88). Norwood: Ablex.

- Karmiloff-Smith, A. (1992). *Beyond modularity: a developmental perspective on cognitive science*. Cambridge: MIT Press.
- Lind, W. (2004). A importância dos rituais familiares na construção da família. *Cidade solidária*.
- Martins, G. (2006). *Estudo de caso. Uma estratégia de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.
- Masten, A. S., & Coastworth, J. D. (1995). Competence, resilience and psychopathology. In D. Cichetti & D. J. Cohen (Orgs.), *Developmental psychopathology* (pp. 715-752). New York: Wiley.
- McWilliam, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (1996). *Practical strategies for family-centered intervention*. San Diego: Singular Publishing Group.
- McWilliam, R. A., Lang, L., Vandiviere, P., Angell, R., Collins, L., & Underdown, G. (1995). Satisfaction and struggles: Family perceptions of early intervention services. *Journal of Early Intervention*, 19 (1), 43-60.
- McWilliam, R. A., Winton, P. J., & Crais, E. R. (1996). *Practical strategies for familycentered early intervention*. London: Singular Publishing Group, Inc.
- Mello-da-Silva, C. A., & Fruchtengarten, L. (2005). Riscos químicos ambientais à saúde da criança. *Jornal de Pediatria*, 81 (5), 205-211.
- Monteiro, A., Merengué, D., & Brito, V. (2006). *Pesquisa qualitativa e Psicodrama*. São Paulo: Editora Ágora.
- Naufel, H. G. (2000). Avaliação da idade gestacional e classificação do RN. In: *Rugolo L. M. S. S. Manual de neonatologia*. 2ª ed. (pp. 37-43). São Paulo: Revinter Sociedade de Pediatria de São Paulo.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Papalia, D. E., Oldas, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: Editora McGraw-Hill.

- Pereira, F. (1996). *As representações dos professores de educação especial e as necessidades das famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Pereira, J. (2002). Análise das Condições de Risco numa Perspectiva Ecológica. *Inclusão*, 2, 75-90.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1966). *La psychologie del` enfant*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Paris: Delachaux e Niestlé.
- Piaget, J. (1945). *La formation du symbole chez l'enfante: imitation, jeu et rêve, image et représentation*. Neuchâtel e Paris: Delachaux e Niestlé.
- Pimentel, J. V. Z. S. (2004a). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 1 (22), 43-54.
- Pimentel, J. V. Z. S. (2004b). Intervenção focada na família: desejo ou realidade. Percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a criança com necessidades educativas especiais e suas famílias. Consultado em Maio, 22, 2009, retirado de <http://www.inr.pt/content/1/113/livros-snr/>.
- Portugal, G. (1992). *Ecologia e desenvolvimento humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: CIDInE-Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.
- Punch, K. (1998). *Introduction to social research: quantitative and qualitative approaches*. London: Sage Publications.
- Rappaport, C. R., Fiori, W. R. & Herzberg, E. (2005). *Psicologia de Desenvolvimento a infância inicial: o bebê e sua mãe*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Resegue, R., Puccini, R., F., & Silva, E., M., K. (2007). Factores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. *Pediatria*, 29 (2), 117-128.
- Robinson, C. C., Rosenberg, S. A., Beckman, P. J. (1988). Parent involvement in early childhood special education. In Jordan J. B., Gallagher, Hutinger & Karnes, M. B. (Eds.). *Early*

childhood special education: birth to tree (pp. 110-127). Virginia: The Council for exceptional children.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, K. & S. Weinraub (Eds.) (1990). *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: Cambridge University Press.

Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz (Ed.) *Review of child development research*, (187-244). Chicago: University of Chicago Press.

Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation and early intervention. In J.P. Shonkoff, S.J. Meisels, (Eds.). *Handbook of early childhood intervention, 2nd edition*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sapienza, G. & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em estudo*, 10, 2, pp. 209-216.

Schaffer, H., R. (1996). *Desenvolvimento social da criança*. Lisboa: Instituto Piaget.

Seifer, R., Dickstein, S. & Sameroff, A. (1998). Father contributions to infant and family risk. *Infant behavior and development*, 21- 56.

Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self Starvation: from the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. London, Chaucer.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cechin, G., & Prata, G. (1977). Family Rituals: A Powerful Tool in Family Therapy. *In Family Process*, 16 (4), 445-454.

Serrano, A. M., & Correia, L. M. (1996). Intervenção Precoce: Novos Desafios nas Formas de Envolvimento Parental. *Sonhar*, 3 (1), 15-28.

Serrano, A. M., & Correia, L. M. (2000). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspectiva Ecológica de Atendimento. In: Correia, L. M. & Serrano, A. M. (orgs.).

Envolvimento Parental em Intervenção Precoce das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família (pp. 11-32). Porto, Porto Editora.

Siegler, R. (2001). *Enfant et raisonnement. Le développement cognitif de l'enfant*. Bruxelles: DeBoek Université.

Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research*. London: Sage Publications.

Slater, A. & Bremner, G. (2005). *Uma introdução à psicologia desenvolvimental*. Lisboa: Instituto Piaget.

Soares, I. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.

Tesch, R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York: The Falmer Press.

Thelen, E. (1987). Self-organization in developmental processes: and systems approaches work? In Gunnar & Thelen (Eds.) *Systems in development: the minnesota symposia in child psychology* (pp. 7-117). Hillsdale NJ: Erlbaum.

Tran-Thong. (1981). *Estádios e conceitos de estádios de desenvolvimento da criança na psicologia contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento.

Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. III. (1990). *Families, professionals and exceptionality: a special partnership*. Columbus: Charles E. Merrill Publishing.

Turnbull, A. P., Summers, J. A. & Brotherson, M. J. (1986). Family life cycle. In Turnbull, A. P. & Turnbull (Eds.). *Families, professionals and exceptionality: a special partnership*. Columbus: Charles, E. Merrill Publishing.

Vauclair, J. (2004). *Desenvolvimento da criança do nascimento aos dois anos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Vayer, P. & Roncin, C. (1988). *Psicologia actual e desenvolvimento da criança*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Ventura, M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Socerj*, 20 (5), 383-386.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. New York: George Brazillier.
- Wallon, H. (1956). Importance du mouvement dans le developement psychologique de l'enfant. *Enfance*, 3-4, 235-239.
- Wallon, H. (1978). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70.
- Werner, E. E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Itahca, NY: Cornell University Press.
- Werner, E. E., & Smith, R. (1997). *Kawai's children come of age*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Xavier, M. R. (2000). *Estatuto de Risco das Crianças Expostas a Substâncias Ilícitas Durante a Gestação*. Porto: Tese de Doutoramento apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Xavier, M.R., & Ferreira, M.E. (1999). Quando em vez de um bom começo há uma falsa partida - uma abordagem de risco. *Saber (E)ducar*, 4, 51-59.
- Yin, R. (2003). *Case Study Research: Design and Methodos*. London: Sage Publications.
- Zigler, E., & Valentine, J. (1979). *Project head start: a legacy of the war on poverty*. New York: The Free Press.

Anexos

Anexos

Anexo A

Autorização do Presidente da Câmara Municipal de Paredes

Anexo B

Consentimento Informado

Anexo C

Anamnese

Anexo D

Escala de Avaliação do Apoio Social à Família

Anexo E

Inventário das Rotinas na Família

Anexo F

Inventário das Necessidades da Família

Anexo G

The Schedule of Growing Skills II

Anexo A

Autorização do Presidente da Câmara Municipal de Paredes

**Ex.mo Sr. Presidente da
Câmara Municipal de Paredes
Dr. Celso Ferreira**

Assunto: Pedido de Autorização para Realização de Estudo

Emília Madalena de Freire Magalhães, funcionária da Instituição acima designada, detentora da Licenciatura de Psicologia e Ciências da Educação, a desempenhar funções como Assistente de Acção Educativa, na Creche de Beire, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a se digne autorizar, no âmbito da minha Tese de Mestrado em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária, na Universidade Fernando Pessoa, a realização de um Estudo de Caso de uma criança inscrita e a frequentar aquele centro, bem como entrevistas aos seus progenitores.

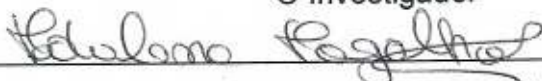
Mais informo que, o estudo está sob protecção de dados e sigilo profissional, no que concerne à salvaguarda do seu conteúdo e à identidade dos participantes, no respeito pelos princípios éticos da investigação científica, sendo que somente terá proveito na referida tese e em Departamento próprio.

Sem mais de momento, pede deferimento.

Os meus melhores cumprimentos,

Beire, 02 de Janeiro de 2009

O Investigador



(Madalena Magalhães)



ROTA DOS MÓVEIS *
MUNICÍPIO DE PAREDES
Parque José Guilherme
4580-130 Paredes
Tel: 255 788 800
Fax: 255 782 155
cmparedes@cm-paredes.pt

Ex.ª Sra.
Emília Madalena Freire de Magalhães
Lugar da Macieira
4580-281 Beire

Ofício n.º543/DDS/ SR

2009-01-13

Assunto: Pedido de autorização para a realização de Estudo

Na sequência do solicitado, informa-se V.ª Ex.ª que será autorizado a realização do estudo de caso referenciado.

Contudo, chama-se a atenção para o facto da necessidade de informar e solicitar a autorização, junto dos encarregados de educação visados, para a realização da investigação pretendida.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe da Divisão de Desenvolvimento Social,
(Por subdelegação do Ex.mo Sr. Vereador do Pelouro da Educação)



Margarida Cardoso

Anexo B

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Estudo de Caso: Intervenção Precoce

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do voluntário) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação do meu descendente directo (filho), menor de idade, na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído.

O Estudo terá o seguinte conteúdo e fases, que me foi discriminado como sendo: 1.^a fase: Avaliação da Criança; 2.^a fase: Entrevista aos Progenitores.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação e explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos, bem como, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que seja aplicado o método, propostos pelo investigador.

Data: 2 / Fevereiro 2009

Assinatura do voluntário: _____

O Investigador responsável:

Nome: Emílio Rodoleno Vieira de Magalhães

Assinatura: 

Anexo C

Anamnese

FICHA DE ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO

Criança enviada por: _____ Data: ___/___/___

Nome: (facultativo) _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade _____

Motivo da Consulta: _____

MEIO FAMILIAR

Nome do Pai: (Facultativo) _____ **Profissão:** _____

Idade: _____ Aspectos de saúde: _____

Atitude face à criança: _____

Antecedentes familiares: _____

Nome da mãe (Facultativo) _____ **Profissão** _____

Estado civil dos pais: _____

Idade: _____ Aspectos de saúde: _____

Atitude face à criança: _____

Antecedentes familiares: _____

Com quem se parece a criança: _____

Irmãos (sexo, idade): _____

Avós (Maternos/paternos):

Nomes: (Facultativo) _____ e _____

Nomes: (Facultativo) _____ e _____

Idades: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

Relação com a criança: _____

Habitação

Actual: _____ tipo: _____ nº de assoalhadas: _____

Deslocações/ mudanças de residência: _____

N.º do agregado familiar/ residentes da família: _____

Organização da vida familiar:

A mãe ocupa-se sozinha do bebé: _____ A mãe é ajudada por: _____

MEIO EXTRA FAMILIAR

Separação do meio familiar

Adaptação à ama: _____

Adaptação à creche: _____

Adaptação ao Jardim-de-infância: _____

Não existe substituto materno? _____

Em que idade ocorreu a separação da mãe? _____ Durante quanto tempo? _____ (ocasional/regular, manhã/tarde/semanal/definitivo)

Motivos da substituição maternal: _____

Outros: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Atitude da mãe face à sua maternidade (gravidez planeada, desejada): _____

Gravidez

Estado de saúde da mãe (falsas gravidezes, abortos): _____

Rubéola: _____ Outras doenças infecciosas: _____

Medicação: _____ Alimentação: _____

Vómitos: _____ Hemorragias: _____

Outras complicações: _____

Recordação da gravidez: _____

Idade em que engravidou: _____ Como foi recebida a notícia da gravidez? _____

Como se sentiu durante a gravidez? _____

Gravidez normal ou c/ Problemas? _____

Criança desejada? (pai/mãe ou ambos) _____

Criança não desejada (com ou sem tentativa de aborto): _____

Sexo desejado (pelo pai/pela mãe): _____

Parto

Local do parto: _____ Termo: _____ Assistido por: _____ Idade da mãe? _____

Eutócico: _____ Distócico: _____ Forceps: _____ Cesariana: _____ Reanimação: _____

Recordação do parto: _____ estado da mãe pós-parto? _____

Peso ao nascer: _____ Comprimento: _____ P. Cefálico: _____ estado do recém-nascido? _____

Ocorrências no período neo-natal: _____ Índice Apgar: 1ºm: _____ 5.º m: _____

Anóxia: _____ Icterícia: _____ Hospitalização: _____

Obs.: _____

HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO

DPM

Idade do 1º dente: _____ Idade do 1º sorriso: _____ Posição sentada aos: _____ (com apoio)

_____ (sem apoio) **gatinhar:** _____ **1ºs passos aos:** _____

Marcha independente: _____ Manipulação de objectos: _____

1ºs palavras aos: _____ quais: _____

Linguagem actual: _____

Alterações da linguagem: (onomatopeia) _____

Doenças infantis

Rubéola: _____ Varicela: _____ Sarampo: _____ Escarlatina: _____

Asma: _____ Outras doenças infecciosas: _____ Otites, amigdalites: _____

Convulsões: _____ Medicação: _____

Intoxicações: _____ Alterações visuais: _____

Sinais de raquitismo: _____ Problemas digestivos: _____

Vacinação: _____

Obs.: _____

ESTADO ACTUAL

Sono

Forma de adormecer: _____

Problemas de sono: Quais (ao adormecer, durante o sono, ao despertar): _____

Rituais relacionados com o sono: _____

Reacções dos pais: _____

Alimentação

Aleitamento materno: _____ desmame: _____

Problemas com alimentação: Quais: _____

Rituais relacionado com alimentação (hábitos e atitudes anteriores/actuais): _____

Reacções dos pais: _____

CONTROLE ESFINCTERIANO

Obstinação: _____ Diarreia: _____ Idade de treino (pote): _____

Até que idade usou fralda?

Idade controle esfíncteriano: _____ diurno _____ nocturno

Problemas surgidos com o controle esfíncteriano: Quais _____ (encoprese/ endurese, Primária ou secundária).

Rituais relacionados com o controlo Esfíncteres: _____

Reacções dos pais (supositórios, clisteres, lavagens frequentes) _____

MOBILIDADE

Estilo dos movimentos: _____ Inércia, apatia, passividade: _____

Agitação, turbulência: _____ Nível de tolerância parental: _____

Movimentos atípicos (descargas motoras, tiques, balanceamentos, etc.): _____

Lateralidade: _____ dextro _____ esquerdino _____ ambidextro _____

OUTROS COMPORTAMENTOS

Cóleras/birras: _____ Medos, timidez: _____

Choro e riso: _____ Espasmos de choro: _____

Manifestações de afecto: _____

Manifestações de ciúme (dos pais, dos irmãos/as): _____

Autonomia/dependência: _____

Actividades e interesses: _____

Relação com outras crianças: _____

Relações com adultos: (familiares e/ outros adultos): _____

Obs.: _____

PRÁTICAS EDUCATIVAS DOS PAIS

Recompensas? _____ Quais? _____ Frequência: _____ Ocasão _____

Punições? _____ Quais? _____ Frequência _____ Ocasão _____

Interdições? _____ Quais? _____ Frequência _____ Ocasão _____

As práticas educativas (regras) são: _____

Restritivas, rígidas _____ Liberais, permissivas _____ Democrática _____

Incoerentes, inconsistentes _____

A mãe gosta de prestar os cuidados ao bebé _____ Não gosta (demonstra fadiga, aborrecimento) _____

HISTÓRIA MÉDICA

Recurso a serviço Hospitalar: (motivos/duração/com ou sem internamento/ acompanhamento da mãe ou outro familiar):

Principais doenças significativas:

Estado de Saúde Actual: _____ **Antecedentes familiares de doença:**

INTERESSES E LAZERES

Tipo de Actividades Lúdicas (acompanhado/a /sozinho/a):

OBSERVAÇÕES

Comportamento da mãe durante a observação da criança: _____

Comportamento da criança durante a entrevista à mãe: _____

Recomendações / Aconselhamento:

Preenchido por,

Anexo D

Escala de Avaliação de Apoio Social à Família

INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA:
Práticas Centradas na Família e nos Locais de Vida da Criança

ANEXO I

Escala de Avaliação Do Apoio Social à Família
Carl Dunst, Vicki JenKiins,, Carol M. Trivette

Que ajuda lhe têm dado cada uma das seguintes pessoas ou grupos na tarefa de criar o(s) seu(s) filho(s)	Não disponível	Não ajuda	Por vezes ajuda	Geramente ajuda	Ajuda muito	Ajuda imenso
1. Meus pais	ND	1	2	3	4	5
2. Os pais do meu cônjuge (ou companheiro)	ND	1	2	3	4	5
3. Meus parentes	ND	1	2	3	4	5
4. Os parentes do meu cônjuge (ou companheiro)	ND	1	2	3	4	5
5. Cônjuge (ou companheiro)	ND	1	2	3	4	5
6. Meus amigos	ND	1	2	3	4	5
7. Ao amigo do meu cônjuge (ou companheiro)	ND	1	2	3	4	5
8. Os meus filhos	ND	1	2	3	4	5
9. Vizinhos	ND	1	2	3	4	5
10. Outros pais	ND	1	2	3	4	5
11. Colegas de trabalho	ND	1	2	3	4	5
12. Grupos de pais	ND	1	2	3	4	5
13. Grupos Sociais /Clubes	ND	1	2	3	4	5
14. Membros da igreja/padres	ND	1	2	3	4	5
15. Médico de família ou da criança	ND	1	2	3	4	5
16. Programa de intervenção precoce	ND	1	2	3	4	5
17. Creche/jardim de infância	ND	1	2	3	4	5
18. Profissionais (Assistentes Sociais, Terapeutas, Educadores, etc.	ND X	1	2	3	4	5
19. Serviços (Saúde, Serviços Sociais, Saúde Mental, etc.)	ND X	1	2	3	4	5

Anexo E

Inventário de Rotinas na Família

INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA:
Práticas Centradas na Família e nos Locais de Vida da Criança

Inventário de Rotinas na Família

A presente lista refere uma série de comportamentos que podem ser encontrados entre os diversos membros de uma família.
Para cada item gostaríamos que assinalasse a alternativa que melhor descreve a frequência com que esses comportamentos ocorrem, na sua família, ao longo da semana.

	Quase nunca	1 a 2 vezes por semana	3 a 5 vezes por semana	Todos os dias
1. Os pais dispõem de algum tempo por dia para falar com a criança		X		
2. Há determinadas coisas que os pais fazem todas as manhãs enquanto se arranjam para sair.				X
3. Os pais que trabalham dispõem regularmente de tempo para brincar com as crianças após o seu regresso do trabalho.	X			
4. Os pais que trabalham tomam conta das crianças durante algum tempo quase todos os dias.				X
5. As crianças fazem quase sempre as mesmas coisas todas as manhãs quando se levantam.			X	
6. Pais e crianças brincam juntos durante algum tempo todos os dias.		X		
7. Os pais que não trabalham geralmente saem com as crianças para fazer qualquer coisa (exemplo. 2 ir às compras, "passear", etc.)			X	
8. Todas as noites a família tem um período de descanso com oportunidade para falar e brincar com sossego.		X		
9. Todas as semanas a família sai para passear a um local combinado		X		X
10. Semanalmente a família dispõe de algum tempo para si, para fazer coisas em conjunto		X		
11. Os pais lêem ou contam histórias às crianças quase todos os dias.	X			
12. A criança tem algum tempo para si, em que brinca sozinha.				X
13. Depois das aulas as crianças participam regularmente em actividades extra-escolares (por exemplo: natação, música...).	—	—	—	—
14. AS crianças mais novas frequentam regularmente ludotecas ao longo da semana.	—	—	—	—
15. Ao longo da semana as crianças têm um horário fixo para realizar os trabalhos de casa.	—	—	—	—
16. Os pais têm algum "hobby" ou desporto que praticam juntos com regularidade.	X			
17. As crianças têm hábitos ou fazem pedidos especiais na hora de ir para a cama (por ex.: história, beijo de boas noites e beber água).	X			
18. As crianças deitam-se geralmente à mesma Hora.	X		X	
19. A família janta todas as noites à mesma hora.				X
20. Pelo menos alguns membros da família comem juntos o pequeno almoço todas as manhãs.				X
21. Geralmente a família reúne-se à hora do jantar	X			X
22. Pelo menos a mãe ou o pai fala com os seus pais regularmente		X		X
23. A família visita regularmente os seus familiares				X
24. A família dá conta sempre que alguém entra ou sai de casa				X
25. Os pais que trabalham regressam a casa geralmente à mesma hora			X	
26. A família tem normas específicas para acolher os pais no fim do dia quando eles chegam do trabalho(por ex. alguém da família vai à porta, sentam-se a conversar, contam as novidades, servem um lanche).	X			
27. Os pais fazem quase sempre a mesma coisa quando as crianças se portam mal.	X			
28. A criança participa regularmente em trabalhos domésticos.	—	—	—	—

Preenchido pelos pais

Anexo F

Inventário das Necessidades da Família

Inventário das Necessidades da Família (Revisão 1990 b)

Nome da Criança _____	Pessoa que completou o questionário _____
Data _____ / _____ / _____	Parentesco/relação com a criança _____

Caro pai/mãe

Muitas famílias com crianças pequenas têm necessidade de informação e apoio. Se quiser, as pessoas que trabalham connosco estão dispostas a avaliar juntamente consigo essas necessidades bem como a identificar recursos que lhe podem ser úteis.

Abaixo encontram-se descritas algumas das necessidades mais frequentes descritas pelas famílias. Ser-nos-ia útil se fosse marcando com um x nas colunas à direita qualquer dos tópicos que gostaria que fossem discutidos/ analisados. No final existe um espaço para poder escrever outros tópicos que não estão incluídos nesta lista mas que gostaria de discutir. Se escolher responder a este questionário a informação nele contida será confidencial. Se não quiser responder neste momento guardar esta informação consigo.

TÓPICOS / ASSUNTOS	Não	Não tenho a certeza	Sim
Informação			
1. Como é que as crianças crescem e se desenvolvem?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Como brincar ou falar com a minha criança?		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Como pegar na minha criança		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Como lidar com o comportamento da minha criança?			<input checked="" type="checkbox"/>
5. Informação acerca de qualquer problema ou deficiência que a minha criança possa ter.			<input checked="" type="checkbox"/>
6. Informação acerca dos serviços que são presentemente fornecidos à minha criança		<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Informação acerca de serviços que a minha criança possa vir a ter no futuro		<input checked="" type="checkbox"/>	
Apoio Social e Familiar			
1. Falar com alguém da minha família acerca de preocupações/problemas			<input checked="" type="checkbox"/>
2. Ter amigos com quem falar			<input checked="" type="checkbox"/>
3. Ter mais tempo para mim mesmo		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Ajudar o meu esposo/esposa a aceitar a condição que a nossa criança possa ter.		<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Ajudar a nossa família a discutir problemas e encontrar soluções			<input checked="" type="checkbox"/>
6. Ajudar a nossa família a apoiarem-se uns aos outros em momentos difíceis.			<input checked="" type="checkbox"/>
7. A decidir quem irá fazer as tarefas caseiras, tomar conta das crianças e outras tarefas familiares.			<input checked="" type="checkbox"/>
8. Decidir quais as actividades recreativas familiares e como as efectuar		<input checked="" type="checkbox"/>	
Finanças			
1. Pagar despesas tais como: comida, casa, cuidados médicos, roupas ou transportes.			<input checked="" type="checkbox"/>
2. Arranjar qualquer tipo de equipamento especial que a minha criança necessite		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Pagar para terapia, infantário ou outros serviços que a minha criança necessita.			<input checked="" type="checkbox"/>
4. Ajuda para recomeçar um emprego	<input checked="" type="checkbox"/>		
5. Pagar a uma ama.	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. Pagar brinquedos que a minha criança necessite.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Explicar a Outros			
1. Explicar o problema da minha criança aos meus pais ou aos pais do meu esposo(a).			<input checked="" type="checkbox"/>
2. Explicar o problema da minha criança aos meus irmãos ou irmãs		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Saber como responder aos meus amigos, vizinhos ou estranhos quando eles fizerem perguntas acerca da minha criança.		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Explicar o problema da minha criança a outras crianças.		<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Encontrar informação escrita sobre outras famílias que possuem uma criança como na minha.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tomar Conta da Criança			
1. Localizar amas / baby- sitters	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Localizar um infantário ou pré - escola para a minha criança.			<input checked="" type="checkbox"/>
3. Conseguir alguém que me fique com a minha criança para eu poder ir à missa		<input checked="" type="checkbox"/>	
Serviços Comunitários			
1. Encontrar - me e falar com pais de outras crianças como a minha	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Localizar um médico que me compreenda e compreenda as necessidades da minha criança.	<input checked="" type="checkbox"/>		
3. Localizar um dentista que possa tratar a minha criança.			<input checked="" type="checkbox"/>

Outros:

Por favor indique outros assuntos ou forneça informações que pensa ser importante sejam discutidos
Há alguma pessoa particularmente com quem preferia encontrar-se e falar?

Preenchido pelos pais

Anexo G

The Schedule of Growing Skills

TESTE DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Folha do Perfil

(Adaptado de "Schedule of Growing Skills II")

PROJECTO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO DISTRITO DE COIMBRA

Nome: _____ Nº de Processo: _____

D.N.: 23 / 12 / 2007 Idade: _____ Data da Observação: 4 / 02 / 2009

Avaliação efectuada por: Paulina Regalado

Idade (meses)	Áreas										Idade (meses)
	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visão	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia	Cognição	
60 m			20 19	28 27	20	21 20	22 21	24	22 22 21	24 23 22	60 m
48 m			18 17	26 25 24	18	19 18	20 19	22	20 19 18	21 20 19 18	48 m
36 m			18 18	23 22 21	18 17	17 16	18 17	22 21 20	17 16	27 26 25 24	36 m
30 m			14 13	20 19 18	18 14	16 12	16 12	19 16	16 14	22 22 21 20	30 m
24 m			12 11 10	17 16 15	15 14	13 12	14 12	17 16	13 12 11	15 14 13 12 11	24 m
18 m			9 8 7	14 13 12	13	11 10	11	15 14	10 9 8	15 14 13 12	18 m
15 m			8 5	11 10	12	9	10 9 8	13 12 11	7 6	11 10 9	15 m
12 m			4 3	8 7	11 10	7 6	7 6	10 9 8	6 4	15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5	12 m
10 m			11 10	2 1	7	6	5	8 7	3	5 4	10 m
8 m			8 7	5	6	5	4	6 5	2	3 2	8 m
6 m			6 5 4	5 4	7 6	4 3	3	6 5 4	1	1	6 m
3 m			6 5 4	3 2	3 2	2	2	3 2			3 m
1 m			3 2 1	2	3 2		1	1			1 m
0 m					1	1					0 m
Áreas	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visão	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia	Cognição	
Qualidade		9	1	9	9	8	4	7	5	4	

* Use um "X" para indicar preocupação relativamente à qualidade da performance.

TESTE DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

(Adaptado de "Schedule of Growing Skills II")

PROJECTO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO DISTRITO DE COIMBRA

Nome: _____

Nº de Processo: _____

D.N.: 23 / 12 / 2007

Idade: 13 meses

Idade corrigida: 13 m 12 d

Teste efectuado por: _____

T E S T E		DATA DAS AVALIAÇÕES	DATA DAS AVALIAÇÕES					
CAPACIDADES POSTURAS PASSIVAS (0-6M)				16	Mantém-se sentado por períodos prolongados m	2	✓	
POSIÇÃO SUPINA				17	Passa para a posição sentado de decúbito ventral e dorsal m	3		
1 Cabeça na linha média m		1	✓	APOIO NOS MEMBROS INFERIORES				
2 Levanta as pernas para vertical e agarra os pés m		2	✓	18	Apoia algum peso nos M. inferiores m	1	✓	
SUSPENSÃO VENTRAL				19	Apoia todo o peso nos M. inferiores m	2	✓	
3 Cabeça alinhada com corpo, ancas semi-estendidas m		1	✓	20	Mantém-se de pé agarrado m	3	✓	
4 Cabeça acima da linha do corpo, ancas e ombros estendidos m		2	✓	21	Põe-se de pé sozinho agarrado à mobília m	4		Q
TRACÇÃO PARA POSIÇÃO SENTADA				PONTUAÇÃO DA POSTURA ACTIVA				
5 Queda considerável da cabeça, quando o corpo está na vertical, controle momentâneo da cabeça antes da queda para a frente m		1	✓	CAPACIDADES LOCOMOTORAS (1-40 M)				
6 Pouca queda da cabeça m		2	✓	MOVIMENTO E BALANÇO				
7 Tracção pelas mãos faz força para se sentar m		3	✓	22	Desloca-se rotolando e arrastando-se m	1	✓	
POSIÇÃO SENTADO (APOIADO)				23	Terço gástrico (por vezes para trás) m	2		
8 Dorso moderadamente curvado, levanta momentaneamente a cabeça m		1	✓	24	Caminha pela mão m	3		
9 Costas direitas m		2	✓	25	Caminha agarrado à mobília ou empurrar brinquedos com rodas m	4		
PONTUAÇÃO DA POSTURA PASSIVA		Q		26	Caminha sozinho, pés afastados e braços levantados para equilíbrio m	5		
CAPACIDADES POSTURAS ACTIVAS (6-12 M)				27	Pés apenas um pouco afastados, pé de curvas e péra subitamente m	6		
DECUBITO VENTRAL				28	Levanta um objecto do chão sem cair m	7		
10 Cabeça de lado, joelhos flexidos sob o abdómen, com ancas levantadas, braços encostados ao torax com cotovelos flexidos m		1	✓	29	Corre com confiança, pára e inicia com cuidado evitando obstáculos m	8		
11 Cabeça de lado, membros flexidos, cotovelos afastados do torax, ancas moderadamente levantadas m		2	✓	30	Salta com pés juntos do último degrau m	9		
12 Levanta a cabeça e torax com apoio nos antebraços. Ancas planas m		3	✓	31	Consegue caminhar em "bicot dos pés" m	10		
13 Apoia peso nas palmas das mãos com braços estendidos e altitude de alerta m		4	✓	32	Consegue correr em bicot dos pés m	11		
14 Passa para a posição de gatas m		5	✓	33	Salta num pé 3 passos m	12		
POSIÇÃO SENTADA				34	Mescla pé-ante-pé + passos (3 tentativas) m	13		
15 Mantém-se sentado momentaneamente sem apoio m		1	✓	35	Mantém-se 8 segundos apoiado em cada pé m	14		
				ESCADAS				
				36	Sobe escadas de gatas e desce de "trabo" m	1		
				37	Sobe escadas pela mão c/ 2 pés no mesmo degrau m	2		
				38	Sobe e desce escadas acompanhado com 2 pés no mesmo degrau m	3		
				39	Sobe (alterna pés) e desce (2 pés) escadas sozinho m	4		
				40	Sobe e desce escadas sozinho - 1 pé em cada degrau m	5		
				41	Sobe escadas e corre m	6		
				PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS				4

DATA DAS AVALIAÇÕES		DATA DAS AVALIAÇÕES	
CAPACIDADES MANIPULATIVAS		80 Aponta para objectos distantes (ii) 5	
MÃOS		81 Mostra-se interessado em gravuras (ii) 6	
42	Mãos fechadas e polegar flexível (i) 1 ✓	82 Reconhece detalhes em livros e gravuras (ii) 7	
43	Dêixa para as mãos e brinca com os dedos (i) 2 ✓	83 Completa placa círculo, quadrado e triângulo (ii) 8	
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra (i) 3 ✓	84 Completa placa dos peixes (ii) 9	
45	Preensão palmar usando toda a mão (ii) 4 ✓	85 Reconhece detalhes minúsculos em livros (ii) 10	
46	Transfere objectos (ii) 5 ✓	86 Combina 2 cores primárias (ii) 11	
47	Segura 2 cubos um em cada mão e junta-os (ii) 6 ✓	87 Combina 4 cores primárias (ii) 12	
48	Pega num pequeno objecto entre polegar e indicador com pinça imperfeita (ii) 7 ✓	88 Combina 10 cores (ii) 13	
49	Pinça correcta (ii) 8 ✓	89 Coopera o teste de visão de carta linear (5 metros) (ii) 14	
50	Abre deliberadamente os brinquedos ao chão (ii) 9 ✓	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS	
51	Vira páginas dum livro (várias de cada vez) (ii) 10		
52	Vira uma página de cada vez (ii) 11		
53	Preços dentro do chávena em 30 seg. 10 + (3 tentativas) (ii) 12		
54	Preços na placa em 30 seg. 8 + (3 tentativas) (ii) 13		
CUBOS		AUDIÇÃO E LINGUAGEM	
55	Torre de 2 (ii) 1	FUNÇÃO (0-12 M)	
56	Torre de 3 (ii) 2	90 Acosta-se com ruído súbito (ii) 1 ✓	
57	Torre de 4 - 6 (ii) 3	91 Responde à voz ou som suave (ii) 2 ✓	
58	Torre de 7 + (ii) 4	92 Orienta-se para a voz da mãe (ii) 3 ✓	
59	Copia pontão (ii) 5	COMPREENSÃO	
60	Controla 3 degraus com 6 cubos após demonstração (ii) 6	93 Vira a cabeça em direcção à fonte sonora (ii) 1 ✓	
DESENHO		94 Atento aos sons refinados (ii) 2 ✓	
61	Rebisco para cá e para lá (ii) 1	95 Compreende "não / adeus" (ii) 3 ✓	
62	Rebisco circular (ii) 2	96 Reconhece o seu próprio nome (ii) 4 ✓	
63	linha linha vertical e/ou horizontal (ii) 3	97 Mostra compreender os nomes de pessoas ou objectos familiares (ii) 5 ✓	
64	linha círculo (ii) 4	98 Seleciona a pedido 2 objectos de 4 (ii) 6	
65	linha cruz (ii) 5	99 Aponta para 2 partes do corpo - nariz e mãos (ii) 7	
66	Copia quadrado (ii) 6	100 Aponta para partes do corpo da boneca - olhos e barriga (ii) 8	
FIGURA HUMANA		101 Segue ordem de 2 passos - "Da de beber à boneca" (ii) 9	
67	Cabeça e uma outra parte (ii) 1	102 Compreende os verbos das gravuras (ii) 10	
68	Cabeça, pernas e (geralmente) braços e dedos (ii) 2	103 Compreende as funções dos objectos das gravuras (ii) 11	
69	Cabeça, torso, pernas e braços e outras características (ii) 3	104 Segue instruções com preposições (ii) 12	
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS		105 Compreende adjectivos de tamanho (ii) 13	
	9	106 Compreende negativos (ii) 14	
CAPACIDADES VISUAIS		107 Cumpre uma ordem com 2 instruções (ii) 15	
FUNÇÃO (0-12 M)		108 Compreende questões mais complicadas (ii) 16	
70	Volta-se para a luz difusa (ii) 1 ✓	109 Cumpre ordem com 3 instruções (ii) 17	
71	Segue brevemente foco a 30 cm distância (ii) 2 ✓	110 Compreende negativos em instruções complexas (ii) 18	
72	Fixa e faz o objecto na linha de visão e segue-o com os olhos < 90° (ii) 3 ✓	PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E LINGUAGEM	
73	Segue objecto 180° (ii) 4 ✓		
74	Converge os olhos com a aproximação do objecto (ii) 5 ✓	FALA E LINGUAGEM	
75	Aponta com o indicador com precisão para pequeno objecto (ii) 6	VOCALIZAÇÃO (0-12 M)	
COMPREENSÃO		111 Sons guturais ocasionais (ii) 1 ✓	
76	Observa objecto que cai e assuaçã-o rapidamente (ii) 1 ✓	112 Vocaliza quando satisfeito (ii) 2 ✓	
77	Dêixa para o local correcto à procura de objecto que cai (ii) 2 ✓	113 Pi e grita durante o jogo (ii) 3 ✓	
78	Procura brinquedo escondido (ii) 3 ✓	114 Párra continuamente para atrair atenção (ii) 4 ✓	
79	Atento ao movimento à distância (olha pela janela) (ii) 4 ✓	115 Inicia sons dos adultos (torse, b'rr) (ii) 5	
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS		LINGUAGEM EXPRESSIVA	
	9	116 Jargon incessante contendo essencialmente vogais e sílabas monosílabas (ii) 1	
CAPACIDADES VISUAIS		PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E LINGUAGEM	
FUNÇÃO (0-12 M)			
70	Volta-se para a luz difusa (ii) 1 ✓		
71	Segue brevemente foco a 30 cm distância (ii) 2 ✓		
72	Fixa e faz o objecto na linha de visão e segue-o com os olhos < 90° (ii) 3 ✓		
73	Segue objecto 180° (ii) 4 ✓		
74	Converge os olhos com a aproximação do objecto (ii) 5 ✓		
75	Aponta com o indicador com precisão para pequeno objecto (ii) 6		
COMPREENSÃO			
76	Observa objecto que cai e assuaçã-o rapidamente (ii) 1 ✓		
77	Dêixa para o local correcto à procura de objecto que cai (ii) 2 ✓		
78	Procura brinquedo escondido (ii) 3 ✓		
79	Atento ao movimento à distância (olha pela janela) (ii) 4 ✓		

4-2-2009

DATA DAS AVALIAÇÕES		DATA DAS AVALIAÇÕES							
117	Uma palavra com significado (1)	2		140	Encontra rapidamente objecto escondido (1)	3			
118	Comunica utilizando simultaneamente gesto e vocalização (1)	3		150	Explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos com interesse (1)	4			
119	Várias palavras com significado (pelo menos 4) (1)	4		151	Brinca sozinho perto de pessoas familiares (1)	5			
120	Usa mais de 7 palavras com significado (1)	5		152	Empurra e puxa grandes brinquedos com facilidade (1)	6			
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros (1)	6		153	Chuta bola pequena (1)	7			
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases (1)	7		154	Alça com a mão bola pequena (1)	8			
123	Nomeia objectos e gravuras familiares (1)	8		155	Sabe aguardar pela sua vez no jogo (1)	9			
124	Fala geralmente-compreendida pela mãe (1)	9		156	Jogo imaginativo complicado, cumpre regras (1)	10			
125	Usa palavras interrogativas (O quê? Onde?) e usa 2 pronomes pessoais (p. ex. mim, tu) (1)	10		PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL			7		
126	Capaz de manter conversação simples e descreve acontecimentos (1)	11							
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais (1)	12		CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA (1-10)					
128	Da apropriada conta de acontecimentos recentes (1)	13							
129	Discurso fluente e claro (1)	14		ALIMENTAÇÃO					
130	Frases de 5 + palavras (1)	15							
131	Descreve sequência de acontecimentos (1)	16		157	Segura no biberon quando está a ser alimentado (1)	1	✓		
132	Consegue explicar acontecimentos (1)	17		158	Tenta pegar na colher (1)	2	✓		
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DA FALA E LINGUAGEM				4		159	Segura, morde e mastiga uma bolacha (1)	3	✓
						160	Bebe por um copo com ajuda (1)	4	✓
CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL						161	Segura na colher mas não se alimenta (1)	5	✓
				COMPORTAMENTO SOCIAL					162
133	Som à estimulação social (1)	1	✓	163	Segura na colher com ambas as mãos e bebe sem entomar muito (1)	7			
134	Responde ao tratamento carinhoso (1)	2	✓	164	Come com colher sem entomar (1)	8			
135	Gosta do banho e das rotinas higiénicas (1)	3	✓	165	Levanta o copo, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade (1)	9			
136	Leva tudo à boca (1)	4	✓	166	Come perfeitamente com colher (1)	10			
137	Mostra-se irritado quando frustrado (1)	5	✓	167	Come com colher e garfo (1)	11			
138	Faz gradinhas e acena "adeus" (1)	6	✓	168	Come perfeitamente com pouquíssima ajuda (1)	12			
139	Curioso e atento às pessoas, objectos e acontecimentos à sua volta (1)	7		169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição (1)	13			
140	Imita actividades simples da vida diária (1)	8		HIGIENE 1 (171-175) HIGIENE 2 (176-180)					
141	Resistente e rebelde quando contrariado (1)	9		170	Dá sinal quando está molhado ou com fezes (1)	1			
142	Brinca com outras crianças mas não partilha brinquedos (1)	10		171	Dá sinal antes de fazer (imitabilidade / vocalização) (1)	2			
143	Partilha brinquedos e a atenção dos adultos (1)	11		172	Seco durante o dia (1)	3			
144	Mostra-se preocupado com irmãos e amigos (1)	12		173	Verbaliza a necessidade de ir à tolieta em tempo oportuno (1)	4			
145	Conta activamente irmãos e amigos (1)	13		174	Geralmente seco durante a noite (1)	5			
146	Nomeia o melhor amigo (1)	14		175	Lava as mãos (1)	1			
JOGO						176	Lava e seca as mãos e escova os dentes (1)	2	
147	Quando lhe é oferecida uma roca, agarra-a e atira-a para obter som (1)	1	✓	177	Lava e seca mãos e cara, com competência (1)	3			
148	Encontra um objecto parcialmente escondido (1)	2	✓	178	Veste-se e despe-se sozinho (s/ botões e fechos) (1)	4			
				179	Veste-se e despe-se sozinho (incluindo botões e fechos) (1)	5			
						PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA		5	

* Estes itens são explicados nas instruções