

Universidade do Minho
Instituto de Educação

Anabela Roriz Campos

**Intervenção Precoce e a Família:
Estudo de Caso de uma Criança em Risco**

**Intervenção Precoce e a Família:
Estudo de Caso de uma Criança em Risco**

Anabela Roriz Campos

UMinho | 2010

Outubro de 2010



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Anabela Roriz Campos

**Intervenção Precoce e a Família:
Estudo de Caso de uma Criança em Risco**

Dissertação de Mestrado
Mestrado de Educação Especial
Área de Especialização em Intervenção Precoce

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Serrano

Outubro de 2010

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Quero aqui manifestar o meu agradecimento sincero à minha Orientadora, Doutora Ana Maria Serrano, pela sua sábia e pronta orientação nos momentos de acompanhamento deste trabalho.

À minha família e amigos, pelo apoio positivo, nos momentos mais difíceis.

A todos que contribuíram para que este trabalho fosse possível.

Resumo

Este trabalho centra-se em torno da problemática da Intervenção Precoce junto de crianças que se encontram em risco de atraso grave do desenvolvimento, quando por factores pré, peri, ou pós-natal ou ainda por razões que limitem a capacidade de tirar partido de experiencias importantes de aprendizagem, exista a possibilidade de que uma ou mais disfunções possam ocorrer.

Aborda-se especificamente a problemática do síndrome alcoólico fetal e a importância de uma intervenção que tenha na sua base uma actuação dos serviços de educação, da saúde, da acção social. Saliencia-se a importância do envolvimento da família e o seu papel, como principal decisor e conhecedor das suas reais necessidades e da sua criança. Terá de haver um trabalho de envolvimento da família e um trabalho de uma equipa transdisciplinar na elaboração de um plano individual de intervenção.

Na segunda parte deste trabalho é apresentado um Estudo de Caso de uma criança que se encontra a frequentar um jardim-de-infância, sinalizado como criança de risco. Esta criança apresenta um atraso no seu desenvolvimento, relacionado com o consumo de álcool pela mãe no período da gestação. Assim apresenta-se o trabalho de intervenção individual realizado junto da criança e da família por uma equipa de profissionais de modo a procurar apoiar o desenvolvimento da criança.

Abstract

This study is based on Early Intervention with young children that are at developmental risk, due to pre, per or post-born factors, or due to other factors that cause limitation of the capacity to benefit from important learning experiences, and there is a possibility that of one or more dysfunction occur.

It is made a special reference to fetal alcoholic syndrome and the importance of an intervention based on the work of the educational, health and social services. It is emphasized the importance of the family involvement and the work of a transdisciplinary team in the elaboration of an individual family intervention plan.

In the second part of this study it is presented a Study Case of an at risk child that is at preschool. This child presents development problems related to the use of alcohol by his mother during pregnancy period. We present the individual intervention program created for the child and his family by a team of different professionals to support the development of the child as well as the needs of the family.

Índice

Introdução.....	1
1 – Enquadramento do Problema.....	2
2 – Finalidade do Estudo	3
3 – Questões de Investigação.....	4
4 – Delimitação e Limitação do Estudo	4
5 – Operacionalização de Termos	5
6 – Importância do Estudo.....	6
I Parte – Enquadramento Teórico.....	7
1 – Intervenção Precoce.....	7
2 – Inclusão.....	12
3 – Intervenção centrada na família.....	15
3.1 – Perspectivas teóricas e modelos relevantes para o conceito de Intervenção Precoce centrada na família	19
3.2 – Perspectiva desenvolvimental	20
3.3 – Perspectiva comportamental	21
3.4 – Perspectiva ecológica	22
3.5 – Perspectiva ecológica e Intervenção centrada na necessidade e recurso à família	22
3.6 – Intervenção nos contextos de vida da criança	29
3.7 – Planear uma intervenção baseada nas rotinas	30
4 – Síndrome Alcoólico Fetal.....	34
4.1 – A criança com SAF na primeira infância.....	39
4.2 – A criança com SAF em idade de jardim-de-infância.....	39
4.3 – Crianças com SAF em idade escolar.....	40
4.4 – Características apresentadas pelas crianças	42
II Parte – Pesquisa Empírica.....	44
Estudo de caso	44
Apresentação da situação problemática.....	49

Apresentação do caso	52
1 – Apresentação da família	52
1.1 – Identificação	52
1.2 – Razão específica do referimento	52
1.3 – História compreensiva, familiar, desenvolvimental/clínica e educacional	53
1.3.1 – História familiar	53
1.3.2 – Desenvolvimental/clínica.....	54
1.3.3 – História educacional	55
2 – Avaliação ecológica.....	55
2.1 – Entrevistas baseadas na rotina.....	55
3 – Avaliação	56
3.1 – Primeiro momento de avaliação.....	58
3.2 – Segundo momento de avaliação.....	59
4 – Desenvolvimento do PIAF	61
4.1 – Entrevista baseada na rotina	65
4.2 – Combinação EBR-EASFR.....	66
4.3 – Entrevista à educadora	70
4.4 – Apresentação e Discussão dos resultados das entrevistas realizadas	73
5 – Terceiro momento de avaliação.....	74
6 – Recomendações	76
Conclusão	77
Bibliografia.....	79
Anexos.....	83

Introdução

Este trabalho tem como objectivo identificar a importância de um programa de Intervenção Precoce, centrado na família, para o desenvolvimento global da criança em risco.

Acreditamos ser importante ponderar sobre esta questão, de modo a que todos aqueles que lidam com crianças com problemas de desenvolvimento e provenientes de famílias problemáticas, percebam ser necessário desenvolver práticas eficazes num contexto de Intervenção Precoce (IP).

Pretende-se através da intervenção promover a saúde e o bem-estar, bem como minimizar o atraso no desenvolvimento, remediar disfunções e promover a participação dos pais na tomada de decisão.

É interessante verificar que Portugal tem alguns aspectos pioneiros e tem sido notória a preocupação em desenvolver serviços adequados em termos desenvolvimentais às crianças a quem foram diagnosticados Necessidades Educativas Especiais (NEE) ou que estão em risco de as desenvolver (Serrano, 2007).

As primeiras experiências realizaram-se na década de 70 do século XX, com a criação, por parte do Centro de Paralisia Cerebral em Lisboa, de um programa de IP para crianças com paralisia cerebral (Serrano, 2007). Na década seguinte a Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Precoce deu um contributo importante através do apoio que deu ao tornar-se entidade mediadora para o Programa de IP Portage em Portugal, traduzindo e usando os seus materiais no trabalho desenvolvido com crianças com NEE e as suas famílias (Serrano, 2007).

A propósito de programas de IP existentes verifica-se que, actualmente, existem poucos programas como o Portage e os que existem (Serrano, 2007:69-70) “(...) reflectem uma grande heterogeneidade e assimetrias geográficas. Há regiões onde encontramos um número significativo de projectos, enquanto outras contam com poucos ou nenhuns.

Neste estudo desenvolvido não incidimos a nossa atenção sobre diferentes programas existentes, nem abordamos as assimetrias existentes entre as diferentes regiões, pois esse seria um trabalho que requer um estudo muito profundo e que tem de ser realizado num espaço de tempo mais alargado, pelo que não caberia no âmbito deste trabalho.

As temáticas que procuramos tratar reflectem a preocupação de envolver, de um modo activo os pais no processo educativo dos seus filhos. A família constitui um elemento essencial das práticas de IP. Ela é receptora de serviços e apresenta as suas próprias necessidades, especialmente em termos de recursos e de informação. Os profissionais que estejam envolvidos na IP devem ter em atenção, que cada família tem a sua história que é construída com base nas suas vivências, na sua cultura e nos seus problemas. Igualmente não se pode ignorar que cada família se encontra em interacção com o meio. Este influencia a família e esta influencia o meio, daí se falar em interacção bidireccional. Toda a intervenção que se faça estende-se à família, que é uma constante da vida da criança.

A qualidade das interacções que se estabelecem, influencia o bom desenvolvimento da criança.

É importante que o profissional que desenvolve todo o processo de IP adopte um papel, não tanto como perito, mas como conselheiro e deve ver os pais não como meros receptores de serviços, mas como principais decisores.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte, que designámos de enquadramento teórico, abordámos com o apoio de alguma bibliografia seleccionada, determinados conceitos relacionados com a temática em análise, como o de IP, inclusão, bem como, os modelos de intervenção e o Síndrome Alcoólico Fetal.

Na segunda parte, apresentámos um estudo de caso, centrado numa criança com Síndrome Alcoólico Fetal.

1 - Enquadramento do Problema

Nos primeiros anos da década de 60, o foco principal dos programas de intervenção era a criança como um todo, considerada isoladamente sem qualquer relação ao contexto familiar, educacional e comunitário.

Esta criança, era à data alvo central de todas as actividades médicas, terapêuticas e educativas a fim de compensar as suas deficiências ou incapacidades de aprendizagem proporcionando, deste modo, experiências directas ou indirectas que lhes permitissem a aquisição de capacidades e competências funcionais à aprendizagem.

Por vezes os pais eram considerados como fonte de problemas e a relação que se estabelecia entre estes e os profissionais era dominada pelos técnicos, sentidos como os

mais competentes, controlando a informação, determinando as decisões e os recursos numa relação de superioridade e domínio de poder.

No final da década de 60, o programa Head-Start, teve características inovadoras ao envolver as famílias no processo de intervenção precoce. Deste modo, embora as práticas se mantivessem centradas na criança, os seus pais integravam em casa o implementar de actividades de ensino, de intervenções planeadas e definidas pelos técnicos. Os pais eram então alvo de formação especial para se tornarem co-responsáveis no cuidar dos seus filhos.

Nesta altura iniciou-se o processo de partilha de poder entre pais e profissionais, dado que, foi dada formação/informação e aquisição de competências e estratégias de ensino para que existisse uma colaboração efectiva na intervenção precoce das crianças com necessidades educativas especiais.

No final da década de 70 e princípios dos anos 80, constata-se uma maior aferição das necessidades da criança/família, sejam de risco ou com condição de deficiência/patologia, apurando, deste modo, o cerne da intervenção precoce centrada na família.

A importância do envolvimento parental nos processos de actuação com a criança tem sido discutida e defendida, nos últimos anos, no campo da IP (Carvalho, 2002).

Brofenbrenner e Dunst (citados em Correia & Serrano, 2000) defendem que, o que as novas perspectivas na vertente da IP preconizam, é que os pais se tornem elementos competentes, capazes de poder intervir de forma positiva na educação e desenvolvimento do seu filho em risco.

O apoio dos pais tornou-se um objectivo proeminente da IP, o que implica o desenvolvimento de esforços para construir e fortalecer a capacidade das famílias para se empenharem de uma maneira confiante e competente no desenvolvimento da criança.

Apoiar, colaborar e capacitar os pais nas respostas às necessidades da família, conduz a um equilíbrio que permite aos pais uma maior disponibilidade em termos de tempo, mais energia e recursos (Correia & Serrano, 2000).

2 - Finalidade do Estudo

Com este estudo pretendemos analisar as implicações de um programa de IP com uma família- criança em risco. Neste sentido, foi elaborado um plano individualizado de apoio à família com o propósito de identificar e organizar recursos formais e informais

para facilitar que a família em risco atinja os objectivos para o seu filho e para si própria.

3 - Questões de Investigação

A nossa investigação foi conduzida de modo a responder às seguintes questões de investigação:

1 Qual a eficácia da IP para crianças em risco?

2 Qual a importância do Plano Individualizado de Apoio à Família, para o desenvolvimento global da criança em risco?

3 Qual a eficácia dos apoios sociais à família em risco?

4 Qual o grau de envolvimento da família?

4 - Delimitação e Limitações do Estudo

Em referência ao estudo de caso que nos propusemos a realizar, consideramos que este estudo apresentava as seguintes delimitações e limitações:

As questões foram colocadas aos pais e profissionais com experiências qualitativamente e quantitativamente diferentes da avaliação do desenvolvimento da criança com IP;

A família poderia não estar preparada para o nível de envolvimento que lhes fosse pedido relativamente à sua criança;

A disponibilidade e eficácia dos serviços sociais, em responder às preocupações e dificuldades da família, no sentido de ajudá-la no processo de clarificação das suas prioridades;

Sendo um estudo de caso único poderia proporcionar poucas bases para uma generalização dos resultados para a população.

5 - Operacionalização de Termos

Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce (IP) destina-se a crianças até à idade escolar que se encontrem em risco de desenvolvimento, que manifestem deficiência ou necessidades educativas especiais. O objectivo da IP é o de minimizar os efeitos negativos do seu desenvolvimento. Através da IP, procura-se prestar à criança e à sua família um conjunto de serviços com o objectivo de reduzir os efeitos dos factores de risco ou da deficiência no desenvolvimento da criança.

Inclusão

Como salienta Correia (1999), a inclusão envolve a inserção do aluno com NEE em classe regular, onde deve receber, sempre que possível, todos os serviços educativos adequados. Correia (1997: 34) entende a inclusão como “(...) a inserção do aluno na classe regular, onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos adequados, contando-se para esse fim, com um apoio apropriado (e.g., de outros técnicos, pais, etc.) às suas características e necessidades”.

Síndrome Alcoólica Fetal

O consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez tem efeitos negativos sobre os recém nascidos. Na grávida, os malefícios do álcool são particularmente importantes, pelos efeitos no embrião e no feto, condicionando um conjunto de alterações variadas designadas por Síndrome Alcoólica Fetal (SAF).

Plano Individualizado de Apoio à Família

Trata-se de um documento elaborado pela família em conjunto com os profissionais e que permite organizar toda a informação recolhida e registar as diversas dimensões da intervenção (McWilliam 2003). O PIAF implica uma recolha e partilha de informação, entre técnicos e a família, de modo a poder-se identificar o que é importante para a família e ajudá-la a definir os seus objectivos e a identificar estratégias de acção.

6 - Importância do Estudo

Segundo Correia & Serrano (1994), os primeiros anos de vida desempenham um papel decisivo no desenvolvimento global da criança, dependendo o mesmo da qualidade e quantidade de interações estabelecidas entre a criança- família- meio, realçando a importância dos serviços de IP e o seu impacto no desenvolvimento das competências da criança e da família.

Pretendeu-se que este estudo fosse um contributo para a prática da IP, nomeadamente no desenvolvimento da criança em risco, através de um trabalho de colaboração com a família e no desenvolvimento de um plano de IP, que se adequa às necessidades da família e criança, de forma a providenciar as experiências de aprendizagem, que irão promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança em risco.

Os programas de IP podem fornecer um apoio essencial à criança e sua família, facilitando o processo de adaptação mútua, intervindo nomeadamente: a) no apoio à família, de forma a permitir uma melhor adaptação desta à criança; b) no apoio à família, promovendo a aquisição, por parte dos pais, de capacidades instrucionais que lhes facilitem um apoio mais efectivo à criança; c) no apoio à família, proporcionando informações mais adequadas sobre os serviços que, actualmente ou no futuro, melhores apoios poderão oferecer à criança e sua família, na área educativa, médica e social (Leitão, 1989).

Parte I – Enquadramento Teórico

1 - Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce (IP) destina-se a crianças até à idade escolar que se encontrem em risco de desenvolvimento, que manifestem deficiência ou necessidades educativas especiais. O objectivo da IP é o de minimizar os efeitos negativos do seu desenvolvimento.

É importante intervir o mais cedo possível junto de uma criança porque o desenvolvimento e comportamento humanos podem ser modificados por influências ambientais, positivas e negativas. Assim, quanto mais nova é a criança alvo de intervenção precoce, maior é a possibilidade de se alcançar uma resposta positiva à estimulação. Não se pode ignorar que os factores de risco e as deficiências podem-se agravar com o decurso do tempo e até podem contribuir para o aparecimento de deficiências secundárias.

Através da IP, procura-se prestar à criança e à sua família um conjunto de serviços com o objectivo de reduzir os efeitos dos factores de risco ou da deficiência no desenvolvimento da criança.

A Intervenção Precoce visa a detecção e diagnóstico das situações problemáticas e a respectiva sinalização para programas de intervenção.

A Intervenção Precoce pode melhorar a situação da criança e da sua família, remediando um problema de desenvolvimento ou evitando a sua ocorrência ou ainda reduzindo os seus efeitos e neste caso, a intervenção é preventiva.

Os primeiros programas de IP, desenvolvidos nos Estados Unidos, na década de 60, apresentavam duas vertentes: a terapêutica e a compensatória.

A vertente terapêutica, valorizava as dimensões sócio-emocionais e centrava-se, em primeiro lugar, na criança, considerada o centro dos problemas e só depois nos adultos que devia apoiar.

A vertente compensatória compreendia programas de educação compensatória.

Na década seguinte, ainda, nos Estados Unidos, foram desenvolvidos programas de intervenção precoce onde sobressaía a perspectiva de análise comportamental aplicada, realçando-se o impacto da aprendizagem ao nível do desenvolvimento da criança.

Na década de 80, predominaram os Programas Individuais de Intervenção Precoce e na década de 90, reconheceu-se, por um lado, o papel relevante da família em todo o processo de Intervenção, e por outro lado, a necessidade de respeitar a diversidade e privilegiar práticas e procedimentos que encarem a família como um sistema. Pretende-se que os pais se tornem elementos competentes, com capacidade para intervirem de um modo positivo na educação e desenvolvimento da criança em risco.

Passou-se a perceber a IP, não apenas como fundamental para a criança, mas também como o resultado de relações que se estabelecem entre os sujeitos e, entre estes e os seus contextos.

Em Portugal, os programas de intervenção precoce existem desde os anos 70, mas só a partir da publicação do Despacho Conjunto 891/99 se veio dar ênfase a esta preocupação, relativa à necessidade de implementar e desenvolver serviços de IP em consonância com as recentes investigações, teóricas e práticas, a nível mundial.

Efectivamente em 1994 organizou-se um grupo de trabalho, integrando representantes do Ministério da Educação, do Ministério dos Assuntos Sociais e do Ministério da Saúde, com o objectivo de desenvolver o primeiro projecto-lei relativo à Intervenção Precoce (IP), com a intenção de estabelecer e organizar a prestação de serviços a crianças com NEE e às suas famílias.

O projecto-lei criado por este grupo de trabalho foi aprovado a 19 de Outubro de 1999, tendo sido designado por Despacho Conjunto nº 891/99 (Serrano, 2003). De acordo com este Despacho, as crianças com idade compreendida entre os 0 e os 5 anos, com NEE ou em risco de as desenvolver e as suas famílias têm o direito de usufruir dos serviços de IP.

Esta legislação aprova as suas orientações reguladoras e define entre outros aspectos, como eixos da intervenção o envolvimento da família, o trabalho de equipa e o plano individual de intervenção.

No ponto 1 do seu anexo refere-se que “(...) a intervenção precoce é uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da acção social, com vista a:

- a) Assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança (...) em risco de atraso grave de desenvolvimento;
- b) Potenciar a melhoria das interacções familiares;

- c) Reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência”.

Os serviços de intervenção precoce destinam-se, as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, que apresentam atraso no desenvolvimento, associado ou não a deficiência e em risco biológico e/ou ambiental (SIP, Relatórios de Actividades de 2000/01).

No ponto 3.2 do despacho conjunto explicita-se o que se pode entender por risco de atraso grave do desenvolvimento, ao referir-se que é “(...) aquele que, por factores pré, péri ou pós-natal ou ainda por razões que limitem a capacidade de tirar partido de experiências importantes de aprendizagem, constitui probabilidades de que uma ou mais disfunções possam ocorrer.”

No ponto 4 do Despacho Conjunto apresentam-se as características da Intervenção Precoce. Assim, salienta-se que os profissionais devem ter em atenção que as necessidades da criança devem ser avaliadas e interpretadas no contexto familiar e social. Igualmente se refere que a Intervenção Precoce requer uma actuação de natureza comunitária, desinstitucionalizada e estruturada tendo por base um programa individualizado desenvolvido no domicílio e nos ambientes em que a criança habitualmente se encontra, nomeadamente na creche e no jardim-de-infância.

No ponto 5 do Despacho são apresentados os objectivos da Intervenção Precoce:

- “a) criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança (...);
- b) otimizar as condições da intervenção criança/família (...);
- c) envolver a comunidade no processo de intervenção (...), otimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de interajuda.”

Tendo em conta que os primeiros anos de vida da criança e as experiências que está sujeita nesse período são condicionantes de todo o seu desenvolvimento posterior, torna-se urgente intervir o mais precocemente possível nas situações atrás referidas, privilegiando o envolvimento activo das famílias.

A Intervenção Precoce requer um processo integrado de actuação dos serviços de educação, saúde, acção social e dos parceiros envolvidos (ponto 6 do Despacho).

Refere Serrano (2003.73) os serviços de IP envolvem “(...) três aspectos básicos: envolvimento familiar, equipa de trabalho multidisciplinar, incluindo profissionais de diferentes serviços comunitários, de acordo com as necessidades identificadas pela família, e o desenvolvimento de um Plano Individual de Intervenção (PIP).”

É importante identificar as necessidades e aspirações da família, os seus pontos fortes, o seu modo de funcionamento, o seu sistema de crenças e valores, a sua cultura. A família e a criança vão sofrendo mudanças ao longo do tempo pelo que se terá de proceder, sempre que tal se mostrar necessário a alterações no tipo e intensidade dos serviços (Serrano, 2007).

Esta ideia é reforçada no ponto 6.3.1 do Despacho quando refere que todo o trabalho desenvolvido pela equipa de intervenção “(...) deve ser orientado no sentido de responder às necessidades específicas da criança e da família, reforçando o seu envolvimento, a autonomia e a capacidade de tomar decisões.” Relativamente ao Plano Individual de Intervenção refere-se que na sua elaboração se deve proceder a um diagnóstico global da situação da criança, à identificação dos recursos e necessidades da criança e da família, estabelecendo os apoios a prestar, a data de início da execução do plano e do período provável da sua duração, bem como a periodicidade da avaliação. O Plano deve incluir procedimentos adequados ao processo de transição da criança para o contexto educativo formal.

O Decreto-lei nº 281/2009 de 6 de Outubro estabelece no seu artigo 1º nº 1 que “O presente decreto-lei cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, (...) o qual consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento”. Refere-se neste Decreto-Lei, tal como se estabeleceu no Despacho Conjunto supra referido, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância abrange crianças com idade compreendida entre o 0 e os 6 anos “ (...) com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias” (artigo 2º). De acordo com o artigo 4º do Decreto-lei supra referido o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância tem como objectivos:

“a) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de acções de IPI em todo o território nacional;

b) Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;

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

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

e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social”

È fundamental que se dê apoio à família e à criança. Relativamente à criança é necessário dar atenção à forma como se desenvolve e como pode ser auxiliada.

A Intervenção Precoce em “contextos naturais” deve ser prestada em todos os locais onde as crianças habitualmente se encontram: creches, jardins-de-infância, amas ou domicílio. É importante não afastar estas crianças das outras. As crianças que necessitam de uma IP devem poder ser incluídas em escolas do ensino regular, juntamente com as outras crianças que não necessitam de uma IP.

2 - Inclusão

No passado, a educação especial circunscreveu-se ao contexto das escolas especiais, separadas do sistema de ensino regular.

No final do século XVIII, princípio do XIX, iniciou-se o período da institucionalização para crianças deficientes.

Aqueles que apresentavam Necessidades Educativas Especiais (NEE) eram segregados, afastados da sociedade, do contacto com as outras pessoas porque eram considerados uma ameaça. Não lhes eram reconhecidos direitos nem a possibilidade de levarem uma vida normal.

A sociedade considerava a segregação benéfica para o sujeito NEE, uma vez que recebia, na instituição, assistência, protecção, tratamento e até um princípio de educação.

No século XX ocorreu uma mudança ao nível da filosofia da Educação Especial, tendo-se enveredado pelo paradigma da normalização.

A segregação foi considerada anti-natural e, na década de 50 do século XX, houve uma reacção contra a discriminação e contra a marginalização de que eram alvo as crianças portadoras de uma deficiência.

Na década de 60 do século XX, surgiu como alternativa à segregação o princípio da normalização e da integração. Começava-se a acreditar na capacidade de aprendizagem e de desenvolvimento da criança deficiente.

Segundo Garcia e Garcia (1988: 69) “Normalizar não é pretender converter em normal uma pessoa deficiente, mas sim reconhecer os mesmos direitos fundamentais que os demais cidadãos do mesmo país e da mesma idade. Normalizar é aceitar a pessoa deficiente, tal como é, com as suas características diferenciais e oferecer-lhe os serviços da comunidade para que possa viver uma vida o mais normal possível”.

A Normalização deve começar com a integração da criança com NEE na família, depois quando a criança atinge a idade escolar deve estender-se à integração escolar e deve continuar na idade adulta com a integração laboral.

A escola deve promover o desenvolvimento físico e deve contribuir para a integração da criança com NEE na sociedade como membro activo e participativo.

A integração requer determinadas exigências (Casanova, 1990: 5)

“- (...) materiais: eliminação de barreiras arquitectónicas, adequação das instalações às exigências da acção educativa, adaptação do mobiliário, equipamento

especial de compensação (material didáctico especial e dispositivos de compensação individual);

- (...) pessoais: equipas multiprofissionais, professor de apoio, formação adequada...

- (...) funcionais: organização material e pessoal, projecto educativo, adaptações curriculares;

- Uma estreita colaboração de toda a comunidade educativa em todo o processo para que se possa desenvolver uma nova mentalidade social”.

Na década de 70 do século XX, começou-se a dar atenção particular à organização dos serviços de educação especial, procurando assegurar às crianças com NEE um processo educativo adaptado às suas necessidades individuais.

A Escola Inclusiva procura assegurar a igualdade de oportunidades educativas e sociais a todos os alunos. Todos os alunos têm o direito de ser incluídos no mesmo tipo de ensino.

Como salienta Correia (1999), a inclusão envolve a inserção do aluno com NEE em classe regular, onde deve receber, sempre que possível, todos os serviços educativos adequados.

A Escola Inclusiva marca a passagem dum modelo tradicional, em que havia turmas específicas do ensino especial, centrado no professor de educação especial, para um novo modelo em que os alunos com NEE são incluídos no ensino regular.

Correia (1997: 34) entende a inclusão como “(...) a inserção do aluno na classe regular, onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos adequados, contando-se para esse fim, com um apoio apropriado (e.g., de outros técnicos, pais, etc.) às suas características e necessidades”.

A inclusão procura atenuar as diferenças, aceitá-las e respeitá-las. Como componentes básicas da inclusão, salientam-se (Correia, 2002:17):

- Todos os alunos devem frequentar a escola dita normal;
- Nenhum aluno deve ser excluído da escola, qualquer que seja o grau e tipo de deficiência que apresente;
- A escola e o grupo/classe em que os alunos com dificuldades especiais são colocados devem ser adequados à sua idade cronológica;
- Qualquer tipo de serviço especial necessário, deve ser feito no contexto da sala regular ou num outro qualquer tipo de envolvimento integrado;

- Cooperação entre os professores do ensino regular e do ensino especial;
- Os métodos de ensino preferenciais devem ser a cooperação e a tutoria de pares;
- Os apoios não são exclusivos dos alunos com NEE.

O princípio da inclusão implica uma escola que se preocupe não só com a criança-aluno, mas com a criança-todo, respeitando, assim, os três níveis de desenvolvimento essenciais: académico, sócio – emocional e pessoal, de forma a proporcionar-lhe uma educação apropriada, maximizando o seu potencial.

De modo a que a inclusão se torne numa realidade, é necessário que os intervenientes do sistema educativo assumam as suas responsabilidades (Correia, 1999: 35-37):

- O Estado será responsável pela legislação, o financiamento, a autonomia e a sensibilização do público em geral.
- À Escola cabe a responsabilidade da planificação, da sensibilização e apoio que permita o envolvimento da comunidade e ainda a flexibilidade que lhe permita aceitar que os objectivos curriculares não serão atingidos por todos ao mesmo tempo e considerar que pode haver uma variedade curricular.
- A Família deverá apoiar a inclusão, participar na comunidade e na escola tornando-se um meio de comunicação entre ambos.
- A Comunidade deverá mostrar-se sensível à problemática da inclusão, apoiar e incentivar um desenvolvimento socioemocional e pessoal adequado às características dos alunos.

Cabe à escola reconhecer e satisfazer as necessidades dos seus alunos, adaptando-se aos diferentes estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a proporcionar um desenvolvimento harmonioso de todos os seus alunos, através de currículos adequados, de uma flexibilização da organização escolar, bem assim como, de utilização de recursos e de uma cooperação articulada com a comunidade.

Um dos aspectos essenciais para o desenvolvimento da criança é o envolvimento dos pais no seu processo de aprendizagem.

Toda a intervenção que se planeie para se apoiar uma criança requer que se proceda a uma intervenção centrada na família.

3 - Intervenção Centrada na Família

“Os padrões da prática centrada na família devem basear-se nos fundamentos duplos e inter-relacionados que são a escolha e os pontos fortes os quais estão no seu cerne e estabelecem o contexto para uma variedade de outras decisões e interações”.

(Allen e Pert, 1996:74 cit. in Serrano, 2007:22)

Quando falamos de intervenção centrada na família, deparamos com os conceitos de família e de “centrado na família”.

Podemos definir família como (Barker, 1991: 80 cit. in Serrano, 2007:20) “(...) duas ou mais pessoas que se consideram como tal e que assumem obrigações, funções e responsabilidades geralmente essenciais para a vida familiar”

O conceito “centrado na família” começou a ser usado no campo da saúde, na década de 60 do século XX, e de acordo com Trivette et al. (1995) referido por Serrano (2007) foi Bronfenbrenner (1975) que o introduziu no campo da Intervenção Precoce na década de 70 do século XX.

Os profissionais centrados na família devem reconhecer que os pais são os principais decisores, são os responsáveis pelas escolhas relacionadas com os cuidados a serem prestados às crianças (Serrano, 2007).

Shelton, Jeppson e Johnson (1987), da Association for the Care of Children’s Health, referidos por Serrano (2007:21-22) apontam um conjunto de aspectos chave relacionados com os cuidados centrados na família nomeadamente:

“1 Reconhecer que a família é o elemento constante na vida da criança, enquanto que os sistemas de serviços e o seu potencial podem variar.

2 Facilitar a colaboração entre pais e profissionais em qualquer nível dos cuidados de saúde.

3 Partilhar com os pais informação imparcial e abrangente os cuidados prestados aos seus filhos numa base permanente e de forma adequada e encorajadora.

4 Implementar políticas e programas adequados, que sejam abrangentes, que proporcionem apoio emocional e financeiro e que vão de encontro às necessidades das famílias.

5 Reconhecer os pontos fortes e o carácter individual da família e o respeito pelas diferentes formas de lidar com as dificuldades.

6 Entender e incorporar as necessidades desenvolvimentais de bebés, crianças e adolescentes e suas famílias nos sistemas de prestação de cuidados de saúde.

7 Encorajar e facilitar o apoio dado por pais e outros pais.

8 Certificar-se de que o sistema de prestação de cuidados de saúde é flexível, acessível e que corresponde às necessidades das famílias”.

A Intervenção para ser eficaz tem que ser consistente com os objectivos e prioridades da família. O apoio que lhe é prestado é fundamental ao nível dos programas de Intervenção Precoce. A este propósito McWilliam (2003:40) apresenta o testemunho de Jeannette Behr, a qual refere que “Uma família classificada como “forte” pode desabar por deixar de receber apoio. Ou ainda pior, uma família classificada como “fraca” pode ser impedida de crescer e de lidar com os problemas devido às percepções dos profissionais (...)”.

A implementação prática dos serviços de Intervenção Precoce centrados na família deve ter por base (Wolery, Strain e Bailey, 1992) a família considerada como um todo e a criança como parte integrante desse todo.

A Intervenção Precoce deve englobar uma prestação de serviços à família e à criança com base nos recursos formais e informais existentes na comunidade (McWilliam; 2003). Torna-se necessário criar oportunidades para que todos os membros da família possam demonstrar e adquirir competências que consolidem o funcionamento familiar. Igualmente importante é co-responsabilizá-la na satisfação das suas necessidades, isto é, a família deve ser autónoma na procura dos meios que respondam às suas necessidades e aspirações.

Os recursos formais incluem as instituições como hospitais, segurança social, etc.; profissionais liberais como médicos, educadores, assistentes sociais, etc. Os recursos informais compreendem os sujeitos como sejam familiares, amigos, vizinhos, etc.; os grupos sociais, como por exemplo associações religiosas, organizações voluntárias, etc. (McWilliam, 2003).

É preciso estabelecer prioridades relativamente aos apoios sociais que consolidam o núcleo família. Diz McWilliam (2003:47) que “Cada família tem uma maneira única de lidar ou de se adaptar aos acontecimentos decisivos. Uma das formas de perceber o modo como as famílias se adaptam é considerar dois aspectos: a) as percepções ou definições que a família tem sobre um determinado acontecimento e b) os seus recursos”.

Os profissionais de IP devem procurar formas que facilitem o envolvimento parental, devendo para tal saber respeitar os direitos das famílias relativamente ao tempo e níveis de envolvimento por ela desejado.

McBride (1993) considerou os seguintes tipos de modelos de trabalho com a família:

- Centrado nos profissionais: as práticas limitam-se à promoção do desenvolvimento da criança; os profissionais definem os objectivos do plano de intervenção e submetem-no à aprovação dos pais; os profissionais organizam e providenciam todos os serviços para a família.
- Aliado da família: os profissionais reconhecem a importância do apoio da família para atingir os objectivos que definiram; os profissionais apresentam o plano e os objectivos à família e trocam impressões sobre o mesmo; as famílias são apoiadas para desenvolver as intervenções delineadas pelos profissionais.
- Focado na Família: os objectivos e os serviços dirigem-se às necessidades da família quando directamente relacionadas com o desenvolvimento da criança; os objectivos do plano de intervenção são escolhidos em conjunto, pela família e pelos profissionais, os profissionais encorajam as escolhas da família relativamente aos serviços a usar.
- Centrado na família: os objectivos do plano de intervenção são definidos de acordo com as preocupações, os recursos e prioridades da família; os profissionais encorajam e apoiam os pais a liderarem a tomada de decisões; os profissionais promovem a competência da família através do desenvolvimento de redes de apoio informal e coordenação eficaz de serviços.

A intervenção centrada na família parte do princípio de que esta é o elemento chave do desenvolvimento da criança.

A implementação de uma intervenção centrada na família requer saber escutar, observar e dialogar. Os profissionais devem ajudar a família a reconhecer as suas capacidades e encorajá-la a tomar decisões.

Dunst, Trivette e Deal (1994) salientam que as práticas de intervenção centradas na família devem integrar determinadas características: abrangência e flexibilidade de modo a permitir reunir, trocar e usar informação para mais facilmente se identificar as

necessidades; processo individualizado, pois deve ter em conta os desejos e prioridades da família; respeito pelos valores e desejos da família.

As práticas centradas na família têm subjacentes certos princípios: as forças que as famílias possuem dependem da sua história de vida, de factores culturais, étnicos, sócio-económicos, etc; as suas fragilidades devem ser encaradas numa perspectiva sistémica; as práticas de trabalho com as famílias devem promover e revelar as suas forças, fazendo sobressair os aspectos positivos; as interacções com as famílias devem ir no sentido de fortalecer as suas áreas fortes; os objectivos de intervenção deverão ser delineados partindo das forças de cada família de modo a torná-las mais autónomas.

Os profissionais devem ter sempre em consideração que é essencial responder às prioridades da família e que estas estão relacionadas com intervenções ao nível da criança (McWilliam, 2003).

De acordo com McWilliam (2003) um dos aspectos cruciais no processo de IP diz respeito à elaboração do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) (McWilliam, 2003). Trata-se de um documento elaborado pela família em conjunto com os profissionais e que permite organizar toda a informação recolhida e registar as diversas dimensões da intervenção. O PIAF implica uma recolha e partilha de informação, entre técnicos e a família, de modo a poder-se identificar o que é importante para a família e ajuda-la a definir os seus objectivos e a identificar estratégias de acção.

O PIAF enquanto processo engloba todas as etapas do trabalho que se desenvolve entre a família e os profissionais até à sua elaboração. Segundo McWilliam, Winton e Crais (2003:112) “O objectivo principal do PIAF é conceber um plano de acção. Isto implica clarificar e dar prioridade aos objectivos da família, identificar recursos e estratégias para alcançar esses objectivos e chamar a si a responsabilidade e a agenda da implementação do plano (...). Acima de tudo, o PIAF deverá guiar-se pelos valores e decisões da família e não dos profissionais que prestam os serviços”.

Este processo engloba: primeiros contactos entre a família e os serviços/equipas de Intervenção Precoce; planeamento da avaliação; avaliação da criança; identificação das forças, preocupações e necessidades da família; planeamento da intervenção/elaboração do documento PIAF; avaliação formal e informal do PIAF.

Estas componentes apresentam-se em sequência, mas também são interactivas. O processo do PIAF deve permitir: a inclusão da família na equipa de apoio ao desenvolvimento da criança; partilha de informação com a família sobre as necessidades e preferências das crianças; redução da sobreposição de informações e de apoios;

determinar as prioridades em termos de necessidades; partilha de conhecimentos especializados com a família e a compreensão das especificidades do contexto familiar.

Teoricamente, verificou-se a influência de diversos modelos ao nível da IP centrada na família, os quais passaremos a descrever brevemente.

3.1 - Perspectivas Teóricas e Modelos Relevantes para o Conceito de Intervenção Precoce Centrada na Família

De acordo com Simeonsson e Bailey (1990, cit in Serrano, 2007: 18-19) o envolvimento dos pais no campo das NEE pode ser analisado em quatro etapas “1) Na década de 50 do século XX, os pais tinham um papel mais passivo, cabendo totalmente aos profissionais conceber e implementar os programas em local designado ou no domicílio;

2) No início da década de 70 do século XX assistimos a uma nova fase durante a qual, quer profissionais, quer pais, sentiram a necessidade de se envolverem mais activamente nos programas destinados às suas crianças. Tal facto foi reconhecido e formalizado pela legislação americana em 1975, através da Public Law (PL) 99-142 – The Education For All Handicapped Children Act (Lei para a educação de todas as crianças com necessidades especiais), designada, hoje, por Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) (Lei para a educação de indivíduos com necessidades educativas especiais). Alguns anos mais tarde, a legislação portuguesa (Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto) passou a reflectir princípios semelhantes aos da legislação americana quanto ao envolvimento familiar.

3) Com o envolvimento progressivo e activo dos pais podemos descrever uma nova fase, durante a qual a imagem dos pais, enquanto co-terapeutas, foi reforçada. Implementou-se a formação dos pais e de outros membros da família para que pudessem desempenhar o papel de terapeutas e professores. Muitos dos profissionais acreditavam que os pais deveriam funcionar como professores e que, em última análise, os “bons” pais eram aqueles que adoptavam o papel de professores sob a supervisão de um profissional (...). O modelo de modificação do comportamento e a sua utilização no campo da educação especial foi parcialmente responsável pela atribuição aos pais dos papeis anteriormente mencionados, demonstrando, desse modo, o sucesso que estes podem obter quando se trata de alterar o comportamento da criança (...). Apesar do

crecente envolvimento da família, a intervenção estava exclusivamente centrada na criança.

4) Na década de 80 do século XX, e com o aparecimento dos programas de Intervenção Precoce, a família e a criança começaram a ser ambas vistas como necessitando de serviços e como alvos de intervenção. A família recebe serviços e tal facto é formalmente reconhecido através dos requisitos para avaliação familiar, objectivos e serviços prestados à família descritos pelo que ficou estipulado na PL 88 – 457, de 1986, agora PL 105 – 17, de 1997”.

O envolvimento da família em todo o processo de Intervenção Precoce deve ser entendido como uma resposta às necessidades sentidas pela família (Serrano, 2007).

3.2 - Perspectiva Desenvolvimental

De acordo com a perspectiva desenvolvimental, os comportamentos das crianças surgem como parte de uma sequência desenvolvimental e não como acontecimentos isolados.

O crescimento e desenvolvimento da criança ocorrem devido, essencialmente, a factores maturacionais. De acordo com esta perspectiva as crianças ao nascer, já apresentam algumas capacidades físicas e cognitivas que vão amadurecendo à medida que a criança cresce, permitindo-lhe, assim, obter um melhor desempenho.

Piaget concebeu um modelo de desenvolvimento cognitivo que põe em realce os efeitos da maturação cognitiva na capacidade da criança ser capaz de dominar conceitos progressivamente mais complexos. Segundo refere, todo o desenvolvimento da criança se processa sequencialmente através de estádios.

Esta perspectiva procura compreender como é que os comportamentos específicos ocorrem na criança; que tipo de mudanças pode acontecer de forma previsível ao longo do tempo; que formas tomarão no futuro.

O desenvolvimento da criança, ao longo do tempo, envolve mudanças qualitativas, dado ocorrerem transformações e não simplesmente um aumento de capacidades físicas ou cognitivas. Verifica-se, também, uma reorganização comportamental, uma vez que o sujeito adquire a capacidade de se organizar e de usar as suas capacidades de um modo qualitativamente diferente.

O desenvolvimento acontece porque as mudanças desenvolvimentais seguem uma sequência lógica. Ele é cumulativo pois constrói-se alicerçado no desenvolvimento anterior e é direccional, ou seja direcciona-se para uma maior complexidade.

3.3 - Perspectiva Comportamental

Na perspectiva Comportamental, as crianças aprendem comportamentos através do recurso a reforços repetidos nas interacções com o meio ambiente. Efectivamente, e nesta perspectiva, a aprendizagem funda-se num acumular de associações, estímulo-resposta, pressupondo repetição e exercício.

Os princípios teóricos (Marques, 2000: 89) “(...) e metodológicos comportamentalistas assentam: na primazia do comportamento sobre as estruturas cognitivas ou cognitivo-emocionais, no condicionamento clássico (Pavlov, 1928) e no condicionamento operante (Skinner, 1964) como paradigmas explicativos da aprendizagem e da modificação do comportamento; na importância determinante do meio no desenvolvimento (Watson, 1924)”.

Lovaas (1973) citado por Marques (2000: 90) entende que a intervenção pode contribuir para uma melhoria das capacidades das pessoas.

O programa (Marques, 2000: 90) “(...) deveria progredir de forma gradual e sistemática de comportamentos mais simples para outros mais complexos, exigindo grande estabilidade e competência por parte do terapeuta. Este era um treino intenso, com cerca de 40 horas por semana durante dois ou mais anos.

A investigação demonstrou a eficácia dos programas de intervenção precoce, e as crianças menores de 5 anos foram consideradas as grandes beneficiárias de uma intervenção desta natureza”.

Surgiram algumas críticas a este tipo de intervenção (Marques, 2000), salientando o défice de generalização das competências aprendidas para certos contextos, a necessidade de uma progressiva adaptação da intervenção ao nível evolutivo de cada criança e à pouca valorização das preocupações e prioridades parentais.

3.4 - Perspectiva Ecológica

Para a perspectiva Ecológica, o desenvolvimento resulta de interações e transações estabelecidas ao longo do tempo entre a criança e o meio ambiente. Qualquer análise à criança e ao seu desenvolvimento deve ser concretizada em contexto, ou seja, deve atender aos sistemas em que a família e a criança se encontram.

Entre as perspectivas mais paradigmáticas que entendem o desenvolvimento de uma forma interactiva e sistémica encontram-se os modelos transaccionais de Sameroff (1975) e o de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979).

Modelo de Intervenção Transaccional

No modelo transaccional o desenvolvimento da criança resulta de um processo dinâmico que envolve a própria criança, a família e o meio. Assim, para este modelo (Marques, 2000: 102) não aparece nas referências, cuidado verifique todas as referências) que “(...) a criança e família são elementos activos de um sistema dinâmico que se mantém por influências circulares. Numa situação de doença/NEE, pais e crianças constroem um contexto para a expressão dessa doença/NEE. Esse contexto, as atitudes e a interação da criança com a família são definidos pelo código familiar”.

Este modelo propõe uma intervenção fundada em três acções: Remediação: pequenas alterações no comportamento da criança; Redefinição: introdução de mudanças nas percepções dos pais acerca da criança; Reeducação, ou seja, melhorar a capacidade dos pais para cuidar da criança (Marques, 2000). A intervenção deve dinamizar o desenvolvimento parental e deve procurar novas alternativas de resposta aos problemas da criança.

A intervenção diz respeito a um problema particular para uma criança única, numa família única que, por sua vez, está inserida numa cultura específica.

3.5 - Perspectiva Ecológica e Intervenção centrada nas Necessidades e Recursos da Família

O ambiente ecológico pode ser entendido como o conjunto de sistemas, mais ou menos próximos das crianças, que estabelecem interações entre si. Bronfenbrenner

(1979) operacionaliza-os através de círculos concêntricos, que representam os vários ecossistemas.

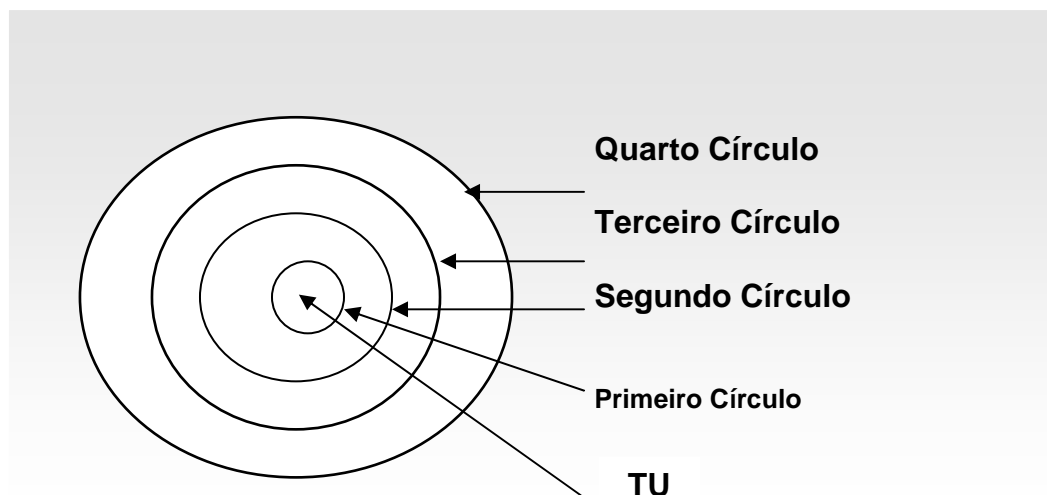


Figura 1 – “Círculos da Amizade”

(Pearpoint, Forst, O’Brien, 1996, Circle of Friends, and PATH: Powerful Tools to Help Build Caring Communities. In S. Stainback e W. Stainback (eds), *Inclusion: A Guide for Educators* (pp. 67-86). Baltimore: Paul Brooks.; Falvey e Rosenberg, 1995, Developing and Fostering Friendship. In M. Falvey (Ed.), *Inclusive and Heterogeneous Schooling: Assessment, Curriculum and Instruction* (pp. 267-283). Baltimore: Paul Brooks.

Bronfenbrenner (1979) salientou que o desenvolvimento depende de quatro componentes e das suas interrelações:

1. Processo: interações que a criança estabelece com os elementos dos contextos;
2. Pessoa: características da criança facilitadoras das interações;
3. Contexto: características dos contextos que influenciam a criança em desenvolvimento;
4. Tempo em que as interações se processam.

Relativamente aos diversos contextos ou sistemas ecológicos onde o sujeito se desenvolve salienta que se encontram encaixados uns nos outros. Ele desenvolveu um modelo com base em níveis ou sistemas ecológicos: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema.

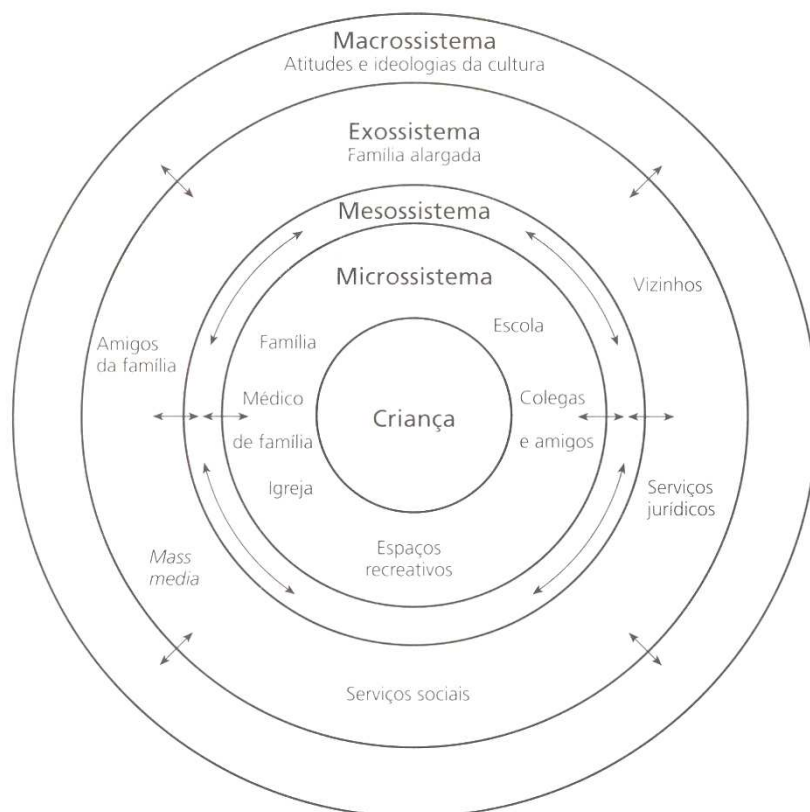


Figura 2: Modelo da ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner

Fonte: Adaptado de *The child development in a social context*, edited by Kopp & Krakow, 1982 Addition – Wesley Publishing Co. Reading Massachusetts p. 648 In Correia e Serrano (1998: 22)

A família constitui a primeira instituição educativa para a criança, e onde se inicia a sua socialização. Compete à família iniciar a criança na sociedade e, também, é ela que lhe transmite uma herança cultural.

Uma das principais funções da família prende-se com a educação dos filhos concretizada com base numa forte carga de afectividade. No seio da família a criança desenvolve-se, de um modo harmonioso e, é nela que ela encontra um ambiente de confiança e de harmonia adequado à sua estabilidade emocional.

A família deve ser entendida como uma unidade social significativa, mas não deve ser considerada de forma isolada, uma vez que se insere num meio mais amplo que a comunidade social.

Numa perspectiva ecológica do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979) a família surge como um sistema dentro do qual os diferentes elementos podem estar agrupados em sub-sistemas, funcionando estes com regras e formas de comunicação muito próprias. A família, com as suas características e necessidades, constitui o microsistema. Neste nível ou sistema ecológico inclui-se as relações entre os familiares e as relações duais estabelecidas dentro deste contexto: relações de filiação, etc. Também se deve dar atenção às ligações estabelecidas na escola com colegas, professores e funcionários. Refere-se, assim, este nível (Correia e Serrano, 1998: 21) “(...) a um conjunto de actividades, papéis e relações interpessoais experimentadas pelo indivíduo no contexto ou espaço em que este funciona”.

Uma vez que as crianças passam o seu tempo em diversos microsistemas, devem os profissionais da IP perceber a influência exercida pelo ambiente no comportamento, bem como devem ajudar as crianças a adaptarem-se às exigências dos ambientes, pelo que devem estar familiarizados com as suas características. A este nível, torna-se, também, necessário trabalhar com adultos em múltiplos ambientes, de modo a avaliar as suas necessidades e, se necessário, proceder a modificações nesses mesmos ambientes.

O Mesossistema compreende as interações entre os contextos ou os microsistemas em que a criança participa num determinado momento. Este nível (Correia e Serrano, 1998: 22) “(...) representa as interações entre dois ou mais contextos, nos quais o indivíduo participa activamente, por exemplo, entre o microsistema e o exossistema. Isto pode incluir as interações entre o domicílio e um programa de acção social, domicílio e serviços comunitários, etc. Por exemplo, crianças de famílias desfavorecidas podem beneficiar das interações entre a cultura de um programa pré-escolar e a família, sobretudo numa fase de transição para uma cultura da escola. As relações entre pais/educadores e família/comunidade possuem efeitos interactivos na criança e na família. As interações nos subsistemas exercem influências imediatas nos resultados das crianças. E essas influências fazem-se notar sempre que a criança e a sua família vão negociando as suas trocas nas rotinas diárias, quer nos seus ambientes, quer na comunidade”.

No Exossistema, incluem-se os contextos em que a criança não se encontra directamente envolvida, mas que, são afectados pela situação da criança e por

acontecimentos dos outros sistemas. Os acontecimentos (Correia e Serrano, 1998: 23) “(...) que ocorrem no exossistema afectam ou são afectados por aquilo que acontece nos outros sistemas ou subsistemas, por exemplo, o local de trabalho dos pais é um espaço no qual a criança raramente participa directamente, mas que pode influenciar a criança e ser influenciado por esta”.

É neste nível que se enquadram os serviços de IP. Os profissionais de IP ao desenvolverem o seu trabalho, ao nível do exossistema, devem ter em atenção as características e a variedade dos diversos programas e serviços. Igualmente é importante que sejam capazes de prestar os serviços adequados aos diferentes casos, para além de que devem reconhecer e usar sistemas de suporte informais e envolver as famílias nas decisões que devam ser tomadas.

No Macrossistema inserem-se os sistemas de valores e crenças culturais gerais da sociedade, o quadro jurídico e factores sociais que influenciam o funcionamento dos elementos da sociedade num determinado momento. Este nível (Correia e Serrano, 1998: 23) “Constitui um conjunto de factores sociais mais abrangentes mas que influenciam de igual modo cada um dos outros níveis ou subsistemas. As perspectivas gerais da sociedade no que respeita à pobreza, crianças e famílias, apoios e sua proveniência e valores da comunidade têm um impacto na educação da criança e na forma como a família lida com os problemas inerentes à educação dos seus filhos”.

Segundo a perspectiva ecológica e sistémica, os sujeitos são considerados (Correia e Serrano, 1998: 21) “(...) num processo de desenvolvimento constante e dinâmico, que progressivamente os faz passar por diferentes contextos, reestruturando os contextos onde se inserem. Bronfenbrenner (1979) sugere que os diversos contextos ou sistemas ecológicos onde um indivíduo se desenvolve estão encaixados uns nos outros, como um conjunto de bonecas russas”.

As crianças, com problemas em termos de desenvolvimento, ocasionam um grande impacto na família, sendo, nomeadamente, causa de stress para além de influenciarem os padrões de interacção, os estilos parentais, o funcionamento da família e a sua condição de vida.

Bronfenbrenner (1998) defendeu, posteriormente, que o desenvolvimento da criança depende de quatro componentes e das suas interrelações:

1. Processo: interacções que a criança estabelece com os elementos dos contextos;
2. Pessoal: características da criança facilitadoras das interacções;

3. Contexto: características dos contextos que influenciam a criança em desenvolvimento;
4. Tempo em que as interacções se processam.

Neste sentido, as práticas de IP devem ter em consideração a diversidade de contextos em que a criança e a sua família desenvolvem as suas rotinas diárias.

Os programas devem, assim, adaptar-se e responder às características de cada criança e respectiva família. A intervenção deve acontecer nos contextos de vida da criança pelo que é importante proceder-se a uma recolha de informação nos mesmos, para uma intervenção eficaz, assim como a família deve estar ela própria no centro das preocupações da intervenção.

Para que uma intervenção seja eficaz é pois, fundamental a adopção de uma perspectiva ecológica da Intervenção Precoce que tenha em atenção a complexidade das interacções.

Quadro Resumo das Três Perspectivas Teóricas e suas Implicações

Perspectiva Teórica			
	Desenvolvimental	Comportamental	Ecológica
Hipóteses básicas sobre a natureza da criança	As crianças nascem com uma motivação intrínseca para explorar e controlar o ambiente. As competências emergem de uma forma relativamente previsível	As crianças nascem com a capacidade de aprender. As competências que a criança apresenta emergem como resultado das experiências com o ambiente. Os processos biológicos e fisiológicos são também considerados importantes.	As crianças influenciam e são influenciadas pelo ambiente. As crianças fazem inevitavelmente parte de um sistema familiar. Do mesmo modo, as famílias estão inseridas em outros grandes sistemas como: vizinhanças, comunidades e estruturas institucionais.
Hipóteses básicas sobre a aprendizagem e desenvolvimento	O desenvolvimento é primariamente o resultado da maturação física. A competência é obtida através da exploração auto-iniciada e do jogo	Os antecedentes e consequentes servem para moldar o comportamento. As crianças aprendem comportamentos através de interações repetidamente reforçantes com o meio ambiente.	O desenvolvimento resulta das complexas interações e transações entre a criança e o meio ambiente, ao longo do tempo. O desenvolvimento não pode ser analisado isoladamente, devendo antes ser examinado ao longo do tempo e no contexto dos sistemas nos quais a criança e a família se movem.
Implicações para a avaliação	Documentar a medida em que a criança atingiu marcos desenvolvimentais específicos	Identificar as competências funcionais de que a criança necessita para aumentar a probabilidade de sucesso nos ambientes actuais e futuros.	Determinar as competências da criança, as características do ambiente de prestação de cuidados e as necessidades, recursos, expectativas e aspirações

			da família.
Implicações para a Intervenção	Organizar o ambiente e fornecer materiais que sejam verdadeiramente interessantes para a criança e que tenham maior probabilidade de facilitar a aquisição de competências desenvolvimentalmente apropriadas.	Fornecer suportes e experiências que promovam o sucesso; identificar e utilizar reforços eficazes de modo a assegurar uma aprendizagem rápida e eficiente.	Fornecer serviços que dêem às famílias e crianças um suporte congruente com a sua ecologia e consistente com os objectivos manifestados pela família.

Adaptado de Bailey e Wolery (1992) *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. New York: Maxwell MacMillan International

3.6 - Intervenção nos Contextos de Vida da Criança

Os contextos de vida da criança são todos os ambientes que influenciam a criança:

– Domicílio: O domicílio é um espaço social e emocional que é o reflexo dos costumes, hábitos, atitudes, valores e crenças da família. No que se refere ao domicílio deve-se ter em atenção a sua localização; espaços disponíveis; condições acústicas, de temperatura, de higiene, saúde e segurança; recursos materiais; condições de acesso a serviços e recursos da comunidade.

Deve-se dar atenção às características da família, atendendo ao número de elementos, papéis e funções específicas de cada um, poder de decisão de cada um deles, aos padrões de interacção familiar, ao suporte das relações e as redes de suporte e ao impacto que podem ter todos estes aspectos no apoio domiciliário (McWilliam, Winton e Crais, 2003)

É importante valorizar o trabalho desenvolvido com a família, traçando-se, em parceria, linhas de orientação para o desenvolvimento do programa. A família deve desenvolver actividades específicas e significativas com as crianças.

– Escola: A colaboração entre a família, os educadores de infância e os profissionais de Intervenção Precoce requer tempo para planificação, avaliação e reflexão conjunta, pois só deste modo se poderá desenvolver uma intervenção coerente

e consistente, sistematizada e contínua. É preciso criar oportunidades de aprendizagem ricas e diversificadas e adequar os ambientes aos interesses e competências da criança.

3.7 - Planear uma Intervenção Baseada nas Rotinas

O ponto de partida para o desenvolvimento de um programa de IP é a avaliação contextualizada da criança e da família. Como refere McWilliam que (2003: 68) “Numa perspectiva centrada na família, o objectivo da avaliação da criança é recolher informação que aborde as preocupações e prioridades, em vez de obter essencialmente informação que os profissionais sintam ser necessária para conceber os serviços adequados para a criança. Embora os profissionais tenham de cumprir certas obrigações estabelecidas por políticas de serviços ou leis estatais, deve ter-se cuidado para não se sacrificarem as prioridades da família a fim de se cumprirem tais regulamentações”.

AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

Resultados para trabalhar com as famílias

- Determinar e documentar a elegibilidade da criança para serviços de Intervenção Precoce.
- Dar às famílias a informação que estas desejam sobre as suas crianças.
- Sublinhar as proezas e capacidades da criança, assim como os contributos dados pelos pais para essas mesmas proezas.
- Assegurar que os pais tomam decisões informadas no que diz respeito aos assuntos que os afectam e às suas crianças.
- Obter informação acerca da criança que contribua para o desenvolvimento de um plano de acção adequado e eficaz.

Fonte: McWilliam, 2003: 68 *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce centrada na Família*. 15 Colecção Educação Especial. Porto: Porto Editora.

As famílias desejam obter informações sobre as suas crianças, se mostram sinais de atraso no desenvolvimento e a razão para esses atrasos ou diferenças, bem como

procuram saber o que podem fazer para facilitar o desenvolvimento ou onde podem encontrar o apoio adequado para as suas crianças.

No decurso do processo de avaliação, deve-se dar atenção à informação proporcionada pelos pais. McWilliam (2003: 73) refere que “Realçar os aspectos fortes da criança e da família são um bom começo para as avaliações centradas na família, o que não impede que algumas famílias requeiram alguns ajustamentos”. Quando os profissionais não têm em atenção os pontos fortes da criança, preferindo concentrar-se naquilo que a criança tem dificuldade em fazer de modo a procurar remediar essas necessidades, efeitos nefastos sobre a família podem verificar-se. McWilliam (2003: 117) apresenta o depoimento de uma mãe onde é evidente o efeito negativo da concentração nas limitações da criança: “Estão sempre a tentar “consertar” a Marti – como se não fossem capazes de aceitar que ela tem necessidades especiais. Passam o tempo todo a investir em coisas que ela não consegue fazer sem lhe dar sequer oportunidades de se divertir e aprender com as que consegue fazer. Isto contribui para que ela tenha uma imagem negativa de si mesma. Todos alinham. Em vez de verem a miúda incrível que ela é, que gosta de brincar, de fazer amigos e de estar com pessoas, vêem uma pobre garota que não consegue andar. (Simons, 1985, p. 48)”.

Durante a avaliação, pode ser solicitado aos membros da família que (McWilliam, 2003: 86) “(...) providenciem pormenores sobre as actividades diárias da criança, que descrevam as suas características e comportamentos, que relatem o tipo de estratégias experimentadas com a criança ou que relatem o que funcionou ou não. Muitos dos profissionais reconheceram que fazer aos pais perguntas abrangentes como “Como descreveria o seu filho?” ou “De que tipo de actividades é que o seu filho gosta?” pode significar informação valiosa não disponível através das típicas ferramentas de avaliação”.

PRINCÍPIOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

- Encarar a família como unidade de prestação de serviços.
- Reconhecer os pontos fortes da criança e da família.
- Dar resposta às prioridades identificadas pela família.
- Individualizar a prestação de serviços.
- Dar resposta às prioridades, em constante mudança, das famílias.
- Apoiar os valores e o modo de vida de cada família.

Fonte: McWilliam, 2003: 11 *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce centrada na Família*. 15 Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.

É preciso proceder a uma avaliação das componentes relacionais, sociais, psicológicas e físicas, devendo ter em atenção o funcionamento familiar, as relações entre pais e crianças, as necessidades da família preocupações e questões relacionadas directamente com as crianças, a avaliação das características dos contextos habituais da vida da criança. Tudo isto pode ser obtido através do recurso a formulários, inquéritos, ou ainda como refere McWilliam (2003:42-43), recorrendo a “(...) medidas e estratégias descritos na literatura actual sobre como recolher e entender a informação relativa à família (...)”.

Após a recolha destas informações, passa-se à fase de planeamento da intervenção que deve ter em atenção a interacção entre os diferentes contextos da vida da criança e identificar as oportunidades capazes de contribuir para a obtenção de resultados em função dos objectivos definidos.

É preciso identificar os componentes da rotina que melhor possam trabalhar os objectivos que constam do plano de intervenção previamente definido e deve-se ter em atenção estratégias, pistas, respostas contingentes a usar.

Para desenvolver uma intervenção nos contextos de vida da criança deve-se usar procedimentos ecológicos no processo de avaliação, pressupondo uma observação

cuidada dos ambientes em que a criança interage, e uma intervenção baseada nas rotinas.

A IP a desenvolver, deve ter, ainda, em atenção a problemática evidenciada pela criança e pela sua família.

No ponto seguinte do trabalho, faremos uma abordagem teórica ao Síndrome Alcoólico Fetal (SAF), visto que na parte prática apresentamos um estudo de caso onde se foca a importância da Intervenção Precoce numa criança com SAF.

4 - Síndrome Alcoólico Fetal

O álcool tem sempre acompanhado a humanidade desde de seus primórdios, estando presente nos momentos de comemoração, reunião e nas cerimónias religiosas, fazendo parte da socialização. Este carácter social do álcool dissocia-o da imagem de droga. Verifica-se que o hábito de beber faz parte da socialização. Homens e mulheres bebem, mas também se percebe que se começa a beber cada vez mais cedo

No entanto o álcool é, efectivamente uma droga, mais conhecida e aceite socialmente, sendo procurada devido aos seus efeitos estimulantes. As bebidas alcoólicas podem induzir um estado inicial de desinibição, euforia, loquacidade, falsa segurança em si próprio, e pode, também, contribuir para o aparecimento de impulsos agressivos.

As mulheres sempre beberam, contudo, nota-se um aumento no número de mulheres que fazem uso de álcool. A associação entre álcool e gravidez, e seus possíveis malefícios para o bebé, não constituem novidade.

Relatos sobre aumento de abortos, nado mortos e de bebés portadores de malformações congénitas cujas mães faziam uso de álcool na gravidez, são descritos desde a época do Império Romano (Ribeiro, Gonzales, 1995). Na Inglaterra da primeira metade do século XVIII, os chamados "*filhos do gim*" eram descritos como crianças débeis, fracas e desatentas (Ribeiro, Gonzales, 1993; Hoyme e tal., 2005).

Cientificamente, os efeitos teratogênicos sobrevividos da exposição pré-natal ao álcool foram inicialmente descritos na França em 1968, por Lemoine et al; mas, somente no artigo de Jones e Smith, publicado na Lancet em 1973, é que foi pormenorizado, pela primeira vez um padrão específico de malformações em crianças nascidas de mulheres alcoólicas, bem como os critérios para o diagnóstico do que eles denominaram Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) (Ribeiro, Gonzales, 1995;Freire,2005; Hoyme e tal., 2005).

O uso do álcool conduz, muitas vezes, à dependência total, com malefícios físicos, psíquicos e sociais. A dependência feminina é agravada por uma possível gravidez com consequências pouco desejáveis.

As primeiras referências à penalização pelo consumo de bebidas alcoólicas por parte das mulheres datam de um período anterior ao da era cristã. No século XVIII a.C., de acordo com o código de Hannurábi, as sacerdotisas que entrassem numa taberna ou que consumissem bebidas alcoólicas poderiam ser condenadas à morte (Ferreira, 1995).

Na Grécia antiga os noivos eram proibidos de ingerirem bebidas alcoólicas na noite de núpcias pois receava-se que pudessem gerar filhos doentes (Mariano, 1994). Séculos depois (Mariano, 1994), mais precisamente no século XVIII, num relatório da câmara dos comuns Inglesa referia-se que os descendentes de mães alcoólicas eram crianças desnutridas e de aspecto imperfeito. No período da Revolução Industrial assistiu-se (Guimarães et col., 1995) a um aumento de casos de alcoolismo, primeiro no sexo masculino e depois no sexo feminino.

O alcoolismo surge, hoje em dia, como um dos problemas mais graves e um dos de maior impacto na saúde pública. Duarte et al. (1993) refere que o doente alcoólico inicia o consumo de álcool na infância em 83% dos casos, 12% na adolescência e 15% na idade adulta. A cultura popular transmitida de geração em geração incentiva ao consumo, atribuindo-lhe falsas virtudes e propriedades.

O consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez tem efeitos negativos sobre os recém nascidos. Na grávida, os malefícios do álcool são particularmente importantes, pelos efeitos no embrião e no feto, condicionando um conjunto de alterações variadas designadas por Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Este Síndrome caracteriza-se por um conjunto de anomalias.

A suspeita que a ingestão de álcool durante a gravidez poderia causar alterações no embrião e no feto foi confirmada em 1968 por médicos franceses que fizeram referência a um Síndrome que reunia malformações múltiplas, atraso estatura-ponderal e atraso psicomotor. No entanto, só em 1973, com os trabalhos desenvolvidos por Jones e Smith, se passou a aceitar ser o álcool responsável por várias anomalias detectadas no recém-nascido, filhos de pais alcoólicos.

A ingestão de álcool pela mulher durante a gravidez provoca no feto danos irreparáveis, uma vez que, atravessa facilmente a placenta, concentra-se no sangue fetal numa percentagem equivalente à do sangue materno. O álcool atravessa a placenta aparecendo na circulação fetal, cerca de um minuto depois de ser detectado na circulação materna.

Refere Mariano (1994) que a eliminação do álcool pelo feto parece ser duas vezes mais lenta do que na mãe.

A nível fetal, em virtude da imaturidade hepática, o metabolismo não se encontra operacional, o que dificulta a eliminação do álcool. Segundo Mariano (1994) o líquido amniótico funciona como um reservatório para o álcool ingerido pela mãe. A exposição

do feto aos efeitos do álcool pode prolongar-se por mais tempo do que se poderia pensar.

A gravidade dos problemas e o comportamento fetal encontram-se relacionados com o volume de álcool ingerido pela mãe; a fase da gestação em que se verificou; a cronicidade; a susceptibilidade individual.

O alcoolismo maternal, também pode ter efeitos indirectos no feto, pois é acompanhado de má nutrição (Sparks, 1992).

A Síndrome do Álcool Fetal (SAF) refere-se a um conjunto de malformações que podem estar presentes em crianças cujas mães consumiram bebida alcoólica durante a gestação. A exposição pré-natal ao álcool pode trazer sérias consequências que permanecem ao longo de toda a vida.

Os danos causados no feto pelo consumo materno de álcool dependem da dose ingerida e do período em que a exposição ocorreu (Kaup; Merighi; Tsunehiro, 2001; Frances, 2006), por isso se diz que, não temos uma doença alcoólica fetal, mas uma síndrome, que pode apresentar-se sob várias nuances, desde danos extremamente subtis, até à SAF propriamente dita, a qual reúne anomalias físicas, neurológicas e cognitivas (Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities, 2000)

Segundo Kaup, Merighi; Tsunehiro, (2001) os danos causados no feto também variam segundo o período gestacional. De um modo geral, no primeiro trimestre da gestação há o risco de anomalias físicas e dismorfismo facial; o risco de aborto encontra-se mais ligado ao segundo trimestre; a diminuição do crescimento do feto, sobretudo, do perímetro cefálico e do cérebro, relaciona-se com o terceiro trimestre (Kaup, Merighi; Tsunehiro, 2001). Sendo o terceiro trimestre assinalado pelo rápido desenvolvimento cerebral e pela organização essencialmente neurofisiológica, o consumo de álcool nessa fase pode prejudicar o desenvolvimento cerebral, gerando impacto negativo sobre a capacidade intelectual e/ou comportamental (Ribeiro; Gonzales, 1995).

Dos órgãos do corpo humano, o cérebro é o mais vulnerável á exposição pré-natal ao álcool. O dano causado ao sistema nervoso central, pela exposição ao álcool implica danos neurológicos permanentes, incluindo anomalias de comportamento e atraso de desenvolvimento.

Todos os recém nascidos, filhos de mães consumidoras de bebidas alcoólicas no decurso da gravidez, apresentam um quadro clínico completo de Síndrome Alcoólica Fetal.

Segundo Guimarães et al. (1995) o quadro clínico do SAF caracteriza-se, fundamentalmente, por: dismorfia craneofacial; atraso estatura – ponderal; alterações neurológicas, coexistindo, muitas vezes, com diversas anomalias. Os autores supra referidos classificam a gravidade dos SAF em três graus:

Etapa III: Expressão completa (20%) – diagnóstico “Prima Vista”- fácies típico, microcefalia, malformações, atraso psicomotor moderado e severo;

Etapa II: Intermédio entre III e I (30%) – fácies típico, atraso de crescimento pré e pós – natal, microcefalia, malformações adicionais isoladas, atraso psicomotor ligeiro e moderado;

Etapa I: síndrome “abortado” (40% a 50%) – sem fácies típico, dismorfia craneofaciais, baixa estatura, microcefalia, hiperactividade e alterações de comportamento, atraso moderado, dificuldades de aprendizagem.

Guimarães et al. (1995) referem que a ausência de fácies, característica em 50% dos casos, explica que, muitas vezes, o diagnóstico só se faça em idade escolar, quando se analisa a causa do insucesso escolar.

As alterações causadas pelo consumo de álcool, por parte da mãe, nos recém nascidos podem ir desde baixo peso até quadros graves clínicos de Síndrome Alcoólica Fetal.

Existem diversas teorias explicativas do processo em ocorre a exposição perinatal ao álcool. Algumas teorias incluem o modelo teratogénico, o modelo tóxico, o modelo de funcionamento maternal, o modelo sociológico e o modelo interactivo (Smith, Coles, Poulsen, & Cole, 1995).

O modelo teratogénico explica as consequências negativas da exposição perinatal em termos de danos directos no feto pela exposição, durante a gestação. Este modelo salienta que os defeitos físicos e problemas comportamentais verificados na infância resultam directamente da exposição ao álcool, conduzindo directamente a problemas cognitivos, emocionais e comportamentais. Estas suposições baseiam-se no facto de que estas substâncias psicoactivas são teratogénicas, ou seja, são químicos que originam danos no desenvolvimento do feto conduzindo a defeitos físicos à nascença. O álcool é um teratogénico (Smith, Coles, Poulsen, & Cole, 1995).

O modelo tóxico salienta o carácter tóxico do abuso do álcool que contribui para problemas comportamentais (Smith, Coles, Poulsen, & Cole, 1995).

O modelo de funcionamento maternal salienta que o status da criança é afectado indirectamente pela mãe, pela sua saúde durante a gestação, pelos seus hábitos pessoais

e pela sua competência afectiva e em termos de cuidados que disponibiliza a criança. Todos estes aspectos são afectados pelo vício do álcool (Smith, Coles, Poulsen, & Cole, 1995).

No modelo sociológico assume-se que os efeitos resultam de factores sociais, incluindo acesso a cuidados pré-natal, bem como refere os efeitos da pobreza, racismo e factores similares (Smith, Coles, Poulsen, & Cole, 1995).

De acordo com o modelo interactivo, o desenvolvimento resulta da interacção de factores múltiplos (Smith, Coles, Poulsen, & Cole, 1995).

Uma criança que tenha uma mãe viciada no álcool corre o risco de ter diversos problemas, pois a mãe frequentemente apresenta diversos problemas médicos que podem afectar o desenvolvimento do feto, levar ao nascimento prematuro e ao nascimento de uma criança com peso muito baixo. Também se verificam depressões e problemas associados que afectam o humor. As flutuações de humor variam entre a euforia e a depressão severa. Estas mulheres também podem evidenciar elevado stress e pouco apoio social (Smith, Coles, Poulsen, & Cole, 1995).

A exposição de crianças a um ambiente onde impera o álcool tem consequências a longo termo. Segundo Guimarães et al, (1996) surgem complicações ao nível do desenvolvimento psicomotor e intelectual. As crianças apresentam, na sua maioria, um atraso global. Estes autores referem como problemas mais comuns nestas crianças: perturbações do sono e da alimentação; irritabilidade; alterações da linguagem; problemas de motricidade fina e coordenação motora; défices de atenção e aprendizagem, hiperactividade; distúrbios afectivos; problemas de comportamento; défice intelectual.

O efeito do álcool no sistema nervoso central vai-se reflectir no funcionamento neurológico, intelectual e comportamental, que acompanha a criança.

Desde o nascimento, estas crianças apresentam características muito específicas que vão condicionar todas as áreas do seu desenvolvimento.

A intervenção junto destas crianças deve iniciar-se o mais precocemente possível.

Uma criança vulnerável, proveniente de uma família onde exista abuso de álcool torna-se num desafio para os profissionais.

O diagnóstico precoce de SAF permite a adopção de medidas que resultarão em diminuição do impacto negativo causado pelo uso passivo do álcool pelo feto, tais como terapia cognitiva, tratamento neurológico, psiquiátrico, fonoaudiológico e fisioterapêutico (Kaup, Merighi; Tsunehiro, 2001).

4.1 - A Criança com SAF na Primeira Infância

Após o nascimento estas crianças podem manifestar sintomas característicos do Síndrome de Abstinência do álcool. Os tremores e a irritabilidade manifestam-se ao longo de muito tempo, que associados ao fraco reflexo de sucção e à hipertonia, fazem com que necessitem de muitos cuidados intensivos.

Quando são introduzidos alimentos sólidos, estas crianças revelam grande rejeição, desinteresse pela comida e falta de apetite.

O desenvolvimento, motor é lento, e apresentam dificuldades no domínio motor, bem como para verbalizarem as primeiras palavras e na sua combinação.

4.2 - A Criança com SAF em Idade de Jardim-de-infância

As crianças com SAF apresentam frequentemente problemas de hiperactividade. Não conseguem estar sentadas durante muito tempo. Estas crianças mexem-se com movimentos de borboleta, estão certa sempre alerta (Sparks, 1992). Dirigem a sua atenção mais para as pessoas do que para os objectos. Têm necessidade e gosto pelo contacto físico. Elas gostam de tocar e de beijar. Habitualmente apresentam instabilidade, mas também boa disposição.

Uma outra característica do seu comportamento é a teimosia e a firmeza com que fazem os pedidos, desistindo, dificilmente, de obter o pretendido.

Apresentam problemas de coordenação, controlo na motricidade fina e global. O desenvolvimento da linguagem apresenta, muitas vezes, um atraso considerável. Quando adquirem a linguagem, ocorrem problemas de articulação, escolália e usam frases curtas. Apresentam maiores dificuldades na linguagem expressiva do que na linguagem receptiva.

A intervenção no pré-escolar é importante, pois pode prevenir certas desordens e melhorar outras. É importante que ao nível do pré-escolar se forneça à criança (Sparks, 1992):

- Um ambiente seguro;
- Uma monitorização cuidadosa e continuada para os problemas de saúde diagnosticados;
- Uma avaliação psicológica e educativa regular;

- Uma educação adequada; uma resposta imediata, clara e concreta para comportamentos inadequados;
- Encorajar os cuidados;
- Estabelecer uma ligação entre pais, escola, instituições de saúde e serviços sociais.

4.3 - Crianças com SAF em Idade Escolar

Estas crianças apresentam incapacidade para utilizarem os processos cognitivos superiores.

A organização das actividades na sala de aula, torna mais evidente a hiperactividade, os problemas na aprendizagem e dificuldades na adaptação à gestão da classe.

Segundo Sparks (1993) os comportamentos mais comuns destas crianças na idade escolar são: atraso cognitivo; hiperactividade; défice da memória e impulsividade; pouca compreensão das regras sociais; poucas expectativas; influenciáveis e incapazes de compreender as consequências; apresentam habilidades superiores às capacidades verbais; desobedientes e desafiadores da autoridade.

O acentuado défice de atenção e memória representa um sério problema para a aquisição e manutenção de competências académicas. A sua Linguagem expressiva pode ser muito deficiente, apresentando pobreza de vocabulário, pensamento e complexidade gramatical.

A existência de álcool no organismo, em elevada percentagem (Nielsen, 1999:109) “(...) interfere com a passagem de aminoácidos através da placenta e com a conversão em proteínas .

Crê-se que os produtos de decomposição existentes no álcool etílico alteram o desenvolvimento fetal ao “produzir uma disrupção na diferenciação das células e no crescimento destas”. A Associação Médica Americana refere também que os órgãos imaturos e subdesenvolvidos do feto processam o álcool de forma muito mais lenta do que o fazem os da mãe, criando no feto um nível de toxinas mais elevado”.

Para diagnosticar o “Síndrome Alcoólico Fetal” é necessário demonstrar abuso do álcool por parte da mãe. Sokul e Clarren (1989) citados por Ferreira (1995) os critérios de diagnóstico do “Síndrome Alcoólico Fetal” foram definidos pelo “Fetal Alcohol

Study Group of the Research Society on Alcoholism” em 1980 e incluem anomalias em cada uma das seguintes categorias:

1 - Atraso de Crescimento pré-natal e/ ou pós-natal:

- Cumprimento
- Peso
- Perímetro cefálico

2 - Envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC)

- Atraso de Desenvolvimento
- Disfunção Comportamental
- Défice Intelectual
- Microcefalia

3 - Fácies característica:

- Fendas palpebrais estreitas
- Alongamento da porção média da face
- Lábio superior fino
- Espaço naso – labial alongado e sem relevo
- Nariz em Seia, com orifícios bem visíveis à frente
- Anomalias auriculares
- Microcefalias
- Epicantus
- Micrognatía

4 - Outras malformações podem estar associadas:

- Anomalias cardíacas
- Comunicação intra-ventricular
- Tetralogia de Fallot
- Problemas urogenitais
- Rim em ferradura
- Hipoplasia dos grandes lábios
- Malformações musculo-esqueléticas
- Hérnias

- Escolioses
- Hipoplasia da anca
- Pé boto
- Deformações dos dedos
- Atrofias musculares
- Sinostoses rádio-cubitais
- Estrabismo
- Anomalias Cutâneas
- Hemangiomas
- Hirsutismo

4.4 - Características apresentadas pelas crianças

- Anomalias Físicas
- Baixa estatura
- Perímetro da cabeça inferior aos valores regulares
- Testa baixa e estreita
- Parte medial da face com dimensões inferiores às regulares
- Lábio superior fino e longo
- Lesões cerebrais
- Problemas cardíacos
- Desenvolvimento da dentição retardado
- Irregularidades nas articulações e nos membros
- Problemas no sistema nervoso central
- Problemas auditivos
- Crescimento lento, após o nascimento
- Deficiência mental
- Disfunções de motricidade fina
- Convulsões
- Défices Comportamentais
- Hiperactividade
- Problemas de memória a curto e longo prazo

- Dificuldades de aprendizagem
- Nervosismo extremo
- Impulsividade
- Incapacidade de compreender resultados de comportamento
- Progressos acadêmicos lentos

Parte II – Pesquisa Empírica

Estudo de Caso

O estudo de caso situa-se no âmbito de uma investigação qualitativa, assumindo um papel importante para o conhecimento de realidades complexas. A opção por uma metodologia de estudo de caso foi determinado pela natureza da temática em estudo, uma vez que permite investigar “(...) um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre fenómeno e o contexto não estão claramente definidos (...)” e baseia-se numa “(...) ampla variedade de evidências – documentos, artefactos, entrevistas e observações” (Anderson, 1998; Yin, 2001: 32).

De acordo com Bogdan e Biklen (1994: 89), o estudo de caso «(...) consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico». Stake (1998: 11), na mesma ordem de ideias, refere que “(...) de um estudo de caso se espera que abarque a complexidade de um caso particular”. Por sua vez Yin (1994 cit. por Anderson, 1998: 153) define, o estudo de caso como:

“(...) an empirical inquiry that:

- Investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident;
- The case study inquiry;
- Copes with the technically distinctive situation in which there will be many more variables of interest than data points, and as one result;
- Relies on multiple sources of evidence. With data needing to converge in a triangulating fashion, and as another result;
- Benefits from the prior development of theoretical propositions to guide data collection.”

Segundo Merriam (1998), o estudo de caso surge como uma descrição analítica, intensiva, holística e globalizante de uma entidade bem definida, um fenómeno único ou uma entidade social única. Procura-se que o estudo de caso tivesse as características do particular, do descritivo, do heurístico e do indutivo, definindo-as como:

- Particulares – porque se centram numa situação particular (o caso); o caso é importante pelo que patenteia sobre o fenómeno e aquilo que ele representa;
- Descritivas – uma vez que o produto final de um estudo de caso surge como uma descrição (analítica) rica e completa com que se pretende interpretar os significados do fenómeno em estudo;
- Heurísticas – na medida em que “(...) iluminam a compreensão do leitor acerca do fenómeno em estudo” (p. 13);
- Indutivas – por terem como suporte o «pensamento indutivo» (p. 13), isto é, os conceitos e as relações entre esses conceitos advêm da análise dos dados que estão enraizados no contexto.

O objectivo deste tipo de estudos é muito variável, sendo a sua grande orientação, na óptica de Anderson (1998) e Merriam (1998), não o saber, o quê e o quanto, mas o como e o porquê. Sendo o nosso estudo de natureza exploratória, procurámos que fosse sistemático, detalhado, intensivo, interactivo e em profundidade (Merriam, 1998).

Apoiados na perspectiva de Ludke e André (1986: 18), procuramos que o nosso estudo de caso tivesse, ainda, as seguintes características:

- Visasse a descoberta; o que fundamenta o carácter aberto e reversível do conhecimento;
- Enfatizasse a interpretação em contexto; há que levar sempre em consideração o contexto em que cada caso se situa. Se o caso se centra numa determinada instituição, há que ter em conta a história dessa instituição, a situação geral no momento da pesquisa, etc.;
- Visasse retratar a realidade de forma completa e profunda; tendo em conta a complexidade natural das situações e as relações entre as suas partes;
- Usasse uma variedade de fontes de informação;
- Permitisse generalizações naturalísticas, isto é, um leitor do relatório final fica apto a estabelecer relações entre as conclusões da análise e a sua própria experiência em situações semelhantes.

Como qualquer metodologia de investigação, o estudo de caso apresenta vantagens e limitações que devem ser consideradas. De acordo com Yin (2001), os estudos de caso apresentam as seguintes vantagens:

- O material descritivo (o produto) é extremamente rico e permite reinterpretações;
- Devido à sua natureza são estudos mais acessíveis ao leitor em geral;
- O conhecimento intenso de determinada realidade permite traçar planos de acção e de intervenção promovendo a cooperação entre os professores e os investigadores.

No que se refere às limitações, o mesmo autor refere que:

- São estudos muito morosos, complexos e difíceis de concretizar;
- O acesso à informação e à recolha de dados pode constituir um problema; sendo necessário acautelar o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas;
- São estudos em relação aos quais se levanta o problema da generalização, já que o estudo pode incidir num único caso, pondo-se o problema da representatividade.

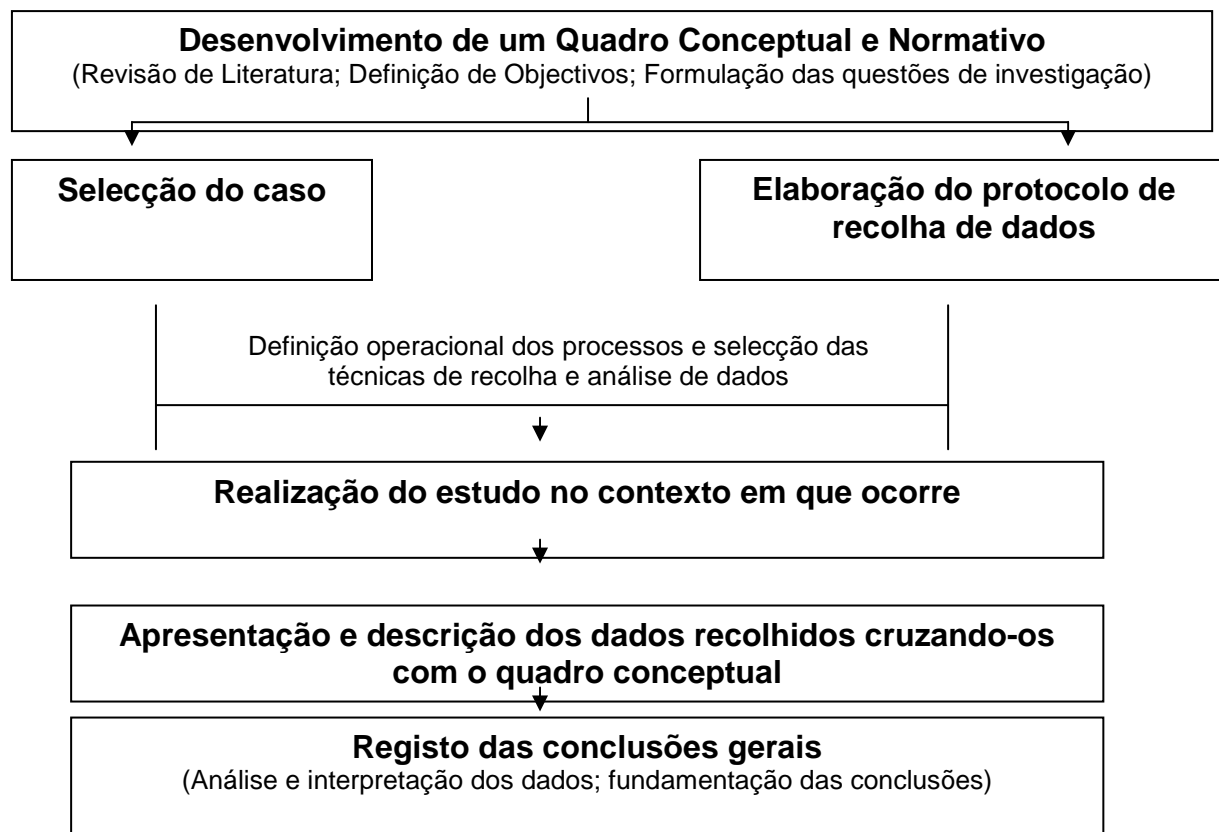
Há outros aspectos que caracterizam o estudo de caso enquanto estratégia de investigação, como o facto de os contextos sociais serem complexos e o seu conhecimento, de acordo com os princípios subjacentes à investigação qualitativa, não dispensa os sujeitos como fonte de informação. Isto conduz-nos para pontos de vista diversos e para as representações que os sujeitos têm da realidade onde se movem, o que seria particularmente difícil detectar, contemplar e compreender através de outros métodos de investigação.

Neste tipo de pesquisa, o investigador encontra-se directamente implicado, porquanto todo o processo desenvolve-se no interior do campo de investigação, o que implica um contacto directo com as pessoas e situações e uma análise em profundidade dos dados que vão sendo recolhidos. Diz Abreu, (1997:166) tratar-se de “(...) um modo de investigação particularmente útil para a abordagem de contextos restritos, mas com maior profundidade”.

Nos estudos de caso, não se generalizam a outros contextos similares, os resultados obtidos, o que é próprio da investigação qualitativa. Tendo em conta o que foi previamente referido e baseando-nos no esquema para a realização de estudos de caso sugeridos por Yin (2001), procedemos à esquematização das diferentes fases do

nosso estudo (Figura 1), desde a revisão da literatura, definição e formulação das questões de pesquisa, até à apresentação das questões gerais:

Figura 1
Conceptualização do estudo de caso segundo Yin (2001)



De modo a podermos desenvolver o Estudo de Caso fizemos uso de diversas técnicas de recolha de dados. Uma das técnicas usadas foi a entrevista à mãe, à educadora e a outros técnicos que têm vindo a acompanhar a criança. A entrevista é uma técnica em que o investigador se apresenta perante o investigado e lhe formula perguntas, com o intuito de obter dos dados relevantes para a investigação que pretende realizar. Trata-se de uma técnica de recolha de dados que apresenta diversas vantagens, como permitir a obtenção de dados relativos aos mais diferentes aspectos da vida social. Esta técnica de recolha de dados apresenta-se como muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade sobre o comportamento humano. Os dados obtidos, com recurso à entrevista são susceptíveis de classificação e de quantificação; não exigindo que o entrevistado saiba ler ou escrever, para além de possibilitar a obtenção de um maior

número de respostas. Igualmente oferece maior flexibilidade; permite captar a expressão corporal do entrevistado, a tonalidade de voz e a ênfase nas respostas.

Para além de vantagens, a entrevista apresenta limitações: A falta de motivação do entrevistado para responder às perguntas; Inadequada compreensão do significado das perguntas; Fornecimento de respostas falsas; Inabilidade ou incapacidade do entrevistado para responder adequadamente; Influência exercida pelo aspecto pessoal do entrevistador sobre o entrevistado; Influência das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado; Os custos com o treino de pessoal e a aplicação das entrevistas.

Atendendo ao grau de estruturação, as entrevistas podem ser não directivas, semi-directivas e directivas ou estandardizadas. Cada um deste tipo de entrevista apresenta características próprias.

As entrevistas semi-directivas são as mais usadas nos estudos exploratórios. Neste tipo de entrevista procede-se à elaboração de um guião da entrevista, no entanto a sua condução não é rígida. Pretendendo-se um estudo qualitativo e exploratório, a entrevista semi-directiva pareceu mais adequada à recolha de dados, por permitir uma “(...) verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências (...)” (Quivy, 2003:192).

Para além da entrevista recorremos à EBR, efectuada à família e à educadora e ao PIAF. Para além disso, utilizamos um instrumento formal de avaliação do desenvolvimento, a Escala de Ruth Griffiths, cuja finalidade foi a de obter, indicadores do desenvolvimento da criança ao longo do período de intervenção. Estes instrumentos serão adiante explicados.

Apresentação da Situação Problemática

A criança cuja mãe consumiu álcool durante a gestação encontra-se numa situação de risco, sendo importante que se proceda a uma intervenção precoce.

Fazemos referência ao Despacho 891/99 porque quando decorreu o estudo de caso era, este o Despacho que estava em vigor, embora actualmente o novo decreto seja o 281/2009 de 6 de Outubro. De acordo com o Despacho Conjunto nº 891/99 ponto 2 a Intervenção Precoce “(...) é uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da acção social com vista a:

- a) Assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento;
- b) Potenciar a melhoria das interacções familiares;
- c) Reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência.”

A Intervenção Precoce tem como destinatários as crianças até aos 6 anos de idade, particularmente dos 0 aos 3 anos. (Despacho Conjunto nº 891/99) Trata-se de uma intervenção que, como se pode ler no Despacho Conjunto implica o reconhecimento de que as necessidades das crianças apenas podem ser devidamente avaliadas e interpretadas atendendo ao seu contexto familiar e social. Pode ainda ler-se neste Despacho no seu ponto 4.3 que a Intervenção Precoce “(...) exige uma actuação de natureza comunitária, desinstitucionalizada, estruturada, e assente em programas individualizados, desenvolvidos no domicílio e nos ambientes em que a criança habitualmente se encontra, designadamente em ama, creche e jardim de infância.”

Através da Intervenção Precoce pretende-se (ponto 5 do Despacho Conjunto nº 891/99):

- a) Criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, minimizando problemas das deficiências ou do risco de atraso do desenvolvimento e prevenindo eventuais sequelas;
- b) Optimizar as condições da interacção criança/família, mediante a informação sobre a problemática em causa, o reforço das respectivas capacidades e

competências, designadamente na identificação e utilização dos seus recursos e dos da comunidade, e ainda da capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar;

- c) Envolver a comunidade no processo de intervenção, de forma contínua e articulada, otimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de interajuda;
- d) Há uma preocupação em intervir nas situações de risco ao desenvolvimento global da criança.

No Despacho 891/99 considera-se que a criança se encontra em risco de atraso grave do desenvolvimento, quando (ponto 3.2) “(...) por factores pré, peri, ou pós-natal ou ainda por razões que limitem a capacidade de tirar partido de experiências importantes de aprendizagem, constitui probabilidade de que uma ou mais disfunções possam ocorrer”.

A intervenção requer um processo integrado de actuação dos serviços da educação, da saúde, da acção social e dos parceiros envolvidos, que requer (ponto 6.1 do Despacho Conjunto): envolvimento da família; um trabalho em equipa; um plano individual de intervenção.

Quando se fala em envolvimento familiar pretende-se que ocorra uma participação da família em todo o processo de intervenção. Compete à equipa de profissionais envolvidos na intervenção responder às necessidades específicas da criança e da sua família, procurando reforçar o seu envolvimento, a sua autonomia e a capacidade de tomar decisões (ponto 6.3.1 do Despacho Conjunto).

No ponto 6.3.3 do Despacho Conjunto refere-se que na sua actuação a equipa “(...) deve utilizar o modelo que melhor se adapte às exigências deste tipo de intervenção e que permita uma actuação integrada dos apoios às múltiplas necessidades da criança e família, caracterizando-se por:

- a) Avaliar, conjuntamente com as famílias, as respectivas necessidades, prioridades e recursos;
- b) Constituir com a família, um plano individual de intervenção baseado nessa avaliação; (...)
- d) Actuar no domicílio e nos ambientes em que a criança habitualmente se encontra, nomeadamente amas, creches, jardins-de-infância ou outro local indicado pela família;

- e) Partilhar entre si, de forma sistemática, os conhecimentos dos diferentes elementos da equipa.

O Plano Individual de Intervenção deve assegurar o envolvimento da família, sendo elaborado a partir da avaliação efectuada à criança no seu contexto familiar. (ponto 6.4 do Despacho Conjunto). No ponto seguinte do Despacho (ponto 6.4.1) refere-se que do plano individual de intervenção deve constar:

- a) Diagnóstico global da situação da criança, no seu contexto de vida, contendo a identificação dos seus aspectos de saúde, das suas capacidades e competências e das suas características comportamentais;
- b) Identificação dos recursos e necessidades da criança e da família, efectuada com esta, em estreita colaboração e em partilha de informação;
- c) Designação dos apoios a prestar, consensualizados entre profissionais e família, mediante informação detalhada que lhe facilitem as decisões nas várias opções a tomar;
- d) Indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração;
- e) Periodicidade da avaliação.

Apresentação do Caso

1-Apresentação da família

Nesta parte do trabalho escrito apresenta-se a família do T, passando pelos seguintes itens: identificação da criança, razão específica do atendimento, história compreensiva que abrange a história familiar, a caracterização do contexto habitacional/contextual e a história do desenvolvimento do T.

A compilação de todos os dados e informações que apresentamos neste estudo resultaram de conversas com a educadora, a família (mãe, tia), tendo decorrido nos contextos de Jardim-de-infância.

1.1 - Identificação

A criança, do sexo masculino, sobre a qual incide este estudo, designada por T, nasceu a 28 de Julho de 2004 e tem actualmente 5 anos e 11 meses. Nasceu com 1800g; media 42 centímetros e o seu perímetro craniano à nascença era de 32 centímetros. O nascimento ocorreu após uma gestação de 39 semanas.

1.2 – Razão Específica do Referimento

O T quando entrou para o jardim-de-infância vinha acompanhado de uma declaração médica na qual constava que “(...) apresenta alterações do Desenvolvimento. Atraso da fala. É fruto de uma gravidez em que a mãe apresentava hábitos tabágicos e alcoólicos acentuados.”

O T apresenta, assim, um atraso de desenvolvimento acentuado em relação à sua idade; apresentando grandes dificuldades e limitações a nível cognitivo, físico e emocional. O T foi vítima de negligência parental, tendo sido entregue aos cuidados de uma tia sob a protecção da comissão de protecção de crianças e jovens em articulação com o serviço social.

1.3 História Compreensiva: Familiar, Desenvolvimental/Clínica e Educacional.

Aquando da sinalização do T, procedeu-se ao levantamento da História compreensiva, para a qual foram recolhidos dados relativos à história familiar desenvolvimental/clínica e educacional.

1.3.1- História Familiar

A família do T é constituída pela mãe, pelo pai, por uma irmã, de 13 anos, e por uma tia. O T é o segundo de uma fratria de dois irmãos. O pai nasceu a 22 de Janeiro de 1973, tendo actualmente 38 anos de idade e a mãe nasceu a 27 de Setembro de 1973 tendo, presentemente, 37 anos de idade.

Os pais são alcoólicos e o menor foi entregue aos cuidados de uma tia materna em Setembro de 2008, devido a ser vítima de negligência parental, que passou a ser a sua tutora, estando sob a protecção da comissão de Protecção de Crianças e Jovens em articulação com os serviços sociais. A comissão foi fazendo o acompanhamento do menor e houve a preocupação em procurar apoio para os pais e o seu problema de alcoolismo. Em Janeiro de 2009 iniciaram-se os contactos entre os pais e o menor, primeiro semanalmente, mais tarde quinzenalmente, passando posteriormente para contacto de um mês. Após este período experimental a criança foi, de novo entregue aos cuidados dos pais. Na entrega do menor aos cuidados dos pais ponderou o facto de a mãe encontrar-se a fazer um tratamento ao alcoolismo e o pai aceitou fazer o tratamento, estando a aguardar ser chamado para iniciar a primeira fase do tratamento que consiste no seu internamento numa unidade hospitalar.

A família reside numa casa que tem boas condições de habitabilidade e tem carro próprio. Trata-se de uma família que tem dificuldades financeiras, em parte devido ao facto de o pai contrair muitas dívidas.

Os cuidados básicos, higiene e alimentares são prestados, no entanto o T chega à escola com um cheiro intenso a tabaco. A mãe refere que após ter iniciado o tratamento ao álcool, não mais bebeu, mas tem o vício de fumar e que não o consegue largar por causa do stress. O pai continua a evidenciar problemas com o álcool.

Por regra, é a mãe que vai à escola ou a tia, mas aconteceu uma ou duas vezes que o pai acompanhou a mãe à escola no carro conduzido por ele, embora não tenha habilitação

para o fazer. Igualmente se verificou, não haver o cuidado de ter a cadeira no carro, para o T poder viajar em segurança e também não lhe colocam o cinto.

A tia, é atenciosa com tudo o que é essencial para o bem-estar do T e presta todos os cuidados sempre que é necessário.

Embora os progenitores não afaguem a criança de uma forma calorosa, ela não apresenta indícios de maus tratos.

A mãe do menor foi convidada a frequentar um Programa de Formação Parental, designado “Construir Famílias Fomentando a Construção de um Ambiente Familiar Positivo”, tendo-se revelado a sua frequência muito positiva. A mãe não percebia que apresentava um défice de competências parentais, pessoais e sociais. No final verificou-se ter sido benéfica a sua participação, embora no início tivesse sido esporádica.

O T precisa de apoio individual específico, pois pronuncia com grande dificuldade trezentas e seis palavras e tem grandes dificuldades e limitações a nível cognitivo, físico e emocional.

1.3.2 - Desenvolvimental/clínica

Foi a segunda gravidez. Durante a gravidez, a mãe foi vigiada por um médico. A mãe apresentou, durante o período da gestação problemas com alcoolismo, tirando este problema, já de si grave, a mãe não evidenciou qualquer outro problema de saúde. O parto foi de cesariana no hospital da residência da família.

Segundo a mãe, a criança chorou de imediato. O T foi alimentado a leite materno até atingir um ano de idade. Teve uma alimentação mista a partir dos 6 meses e a alimentação artificial começou a partir de 1 ano.

A mãe não se lembra com quantos meses a criança deu o primeiro sorriso, bem como não se lembra com quantos meses ele segurou a cabeça, se sentou, gatinhou, ficou de pé com apoio, ficou a pé sem apoio. A mãe, também não se lembra quando a criança deu os primeiros passos.

No que se refere à linguagem a mãe não se lembra quantos meses tinha a criança quando a pronunciou a primeira palavra. Actualmente, pronuncia com dificuldade 306 palavras.

O T fez o controlo dos esfíncteres, diurno, com três anos e meio.

Durante o seu desenvolvimento e segundo a mãe o T foi tendo as doenças normais de qualquer criança. Tem realizado exames médicos normais.

1.3.3 – História Educacional

O T iniciou a frequência do Ensino Pré-Escolar com 1 ano de idade, evidenciando, desde cedo, dificuldades ao nível da linguagem, tendo sido adquirida tardiamente.

A criança frequentou a creche de C durante o ano de 2006/2007 e desde o dia 14 de Setembro de 2007, passou a frequentar o jardim-de-infância de E.

Em 2008 iniciou o apoio em Terapia da Fala que, segundo referiu a mãe era muito esporádico e, por isso, não surtiu efeitos.

No Ensino Pré-Escolar o T beneficia da Medida Educativa “Apoio Pedagógico Personalizado”, ao abrigo do Decreto-Lei 37/2008 de 7 de Janeiro.

Em relação aos progenitores a única pessoa que colabora na educação do menor, juntamente com a tia é a mãe.

A criança é muito assídua à escola, apenas faltando em caso de doença, ou se existe um motivo sério.

2 Avaliação ecológica

Nesta parte do trabalho procura-se apresentar uma avaliação ecológica, com base nos dados recolhidos aquando da realização da entrevista baseada nas rotinas (EBR)

2.1 - Entrevista Baseada nas Rotinas

As rotinas são simples momentos do dia. Todas as famílias passam por alguns momentos do dia: acordar, levantar, comer, tomar banho, sair de casa, viajar. Uma grande parte das aprendizagens da criança sobre ela própria e sobre o seu mundo, ocorrem durante as interacções sociais com os seus pais e outros membros da família, ocorrem como parte das rotinas diárias. Estas auxiliam na organização da vida da família: reforçam a sua identidade; proporcionam sentimentos de pertença; contribuem para a estabilidade e continuidade da família. Através das rotinas pode-se estabelecer um contexto contínuo, que contribuem para fortalecer as relações pais-filho,

proporcionando oportunidades regulares para os pais e a criança se juntarem num objectivo comum e desenvolverem padrões de interacção que são adaptáveis e que promovem o desenvolvimento (Kubicek, 2000)

Os educadores, também têm rotinas ou momentos do dia na sua sala. As rotinas da sala são actividades e eventos que, por regra reflectem o funcionamento do grupo de crianças da sala.

Para poder ter acesso a informação relacionada com as rotinas do T, recorreremos ao formulário da entrevista Baseada nas Rotinas (RBI) e Ruth Griffiths. Para poder realizar as entrevistas baseadas nas rotinas foi usado a combinação EBR.EASER de McWilliam (2003) e a escala para avaliação da Satisfação da Família nas rotinas (Scott & McWilliam, 2000).

A entrevista baseada nas rotinas é uma componente importante do modelo integrado para conduzir a IP em contexto natural, uma vez que, o planeamento da intervenção se baseia no conhecimento e avaliação das rotinas da família. Pretende-se recolher informação, sobre a forma como a criança funciona nas rotinas da sala, juntamente com a informação fornecida pela família, sobre as rotinas vividas em casa e na comunidade.

3 Avaliação

Quando o T foi matriculado na escola, trazia uma declaração médica na qual constava que apresentava alterações do Desenvolvimento e atraso da fala, resultante de uma gravidez em que a mãe apresentava hábitos tabágicos e alcoólicos acentuados. A história clínica do T, evidencia que ele apresenta um atraso acentuado em relação à idade, com limitações ao nível da linguagem, cognitivo, físico e emocional. O T, quando entrou para o jardim-de-infância, usava fraldas e apresentava a nível da linguagem um atraso muito acentuado. O T apenas pronunciava três a quatro palavras. Este atraso ao nível da linguagem condicionava todo o seu processo de comunicação. Apresentava grandes dificuldades e limitações a nível cognitivo, físico e emocional. Revelava um comportamento impulsivo e não respeitava regras e orientações. O T evidenciava muita instabilidade, ansiedade e não tinha capacidade de atenção e concentração.

Face a estes dados recolhidos após a entrada do T, para o jardim-de-infância optou-se por realizar uma avaliação mais rigorosa. Realizou-se uma avaliação formal

com o Pré- Escolar- Provas de Diagnóstico Pré-Escolar, repartida por duas sessões, de modo a evitar que o cansaço do T, não influenciasse a sua prestação. O resultado da avaliação revelou um comprometimento geral em todas as áreas avaliadas, sendo que os défices mais acentuados se situavam ao nível da Orientação Espacial; dos Conceitos Quantitativos; da Percepção Visual. Em termos cognitivos o T evidenciou um desempenho abaixo do considerado para a sua faixa etária. Evidenciou, ainda, períodos de atenção e concentração curtos e uma reduzida motivação para executar tarefas. Em termos emocionais apresentou alguma insegurança e reduzida auto-estima, que pode conduzir ao desinvestimento nas tarefas e a alguma desmotivação. Na avaliação efectuada em termos linguísticos, o T revelou dificuldades significativas, quer na compreensão, quer na expressão. Em termos morfosintácticos revelou faculdade para compreender ordens simples, e dificuldade para compreender estruturas complexas. No seu discurso utiliza frases simples.

Estes dados foram confirmados pelo relatório apresentado pela psicóloga, onde se salientava que o T apresentava um atraso na expressão verbal.

O T é uma criança com Necessidades Educativas Especiais.

Realizou-se, também uma avaliação que teve por base a administração da Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, repartida por três momentos de avaliação, com intervalo semanal.

Ao longo da avaliação o T apresentou forte inquietude e instabilidade, tendo havido a necessidade de recorrer a incentivos e reforços constantes para o manter atento e focalizado nas tarefas. Desde logo se salienta a grande dificuldade evidenciada pelo T ao nível da linguagem o que, de algum modo, compromete a inteligibilidade da fala.

A sala onde o T foi integrado tem 25 crianças de 3, 4 e 5 anos, acompanhadas por uma educadora de infância e por uma auxiliar de acção educativa.

3.1- Primeiro Momento de Avaliação

A primeira avaliação do T foi realizada a 20 de Março de 2008. Nessa altura verificou-se existir um atraso do desenvolvimento, comprometedor do desempenho da criança a vários níveis.

Foi aplicada a escala de desenvolvimento de Ruth Griffiths para crianças até aos 8 anos.

Na escala locomotora, o T consegue correr num espaço considerável; manipula brinquedos com facilidade e apresenta agilidade.

Ao nível pessoal-social, o T identifica-se como sendo do sexo masculino e associa, espontaneamente, o seu nome e a sua presença nas várias actividades.

Embora realize a sua identificação, o T não consegue expressá-la, fazendo-o, essencialmente, através do comportamento não-verbal.

Ao nível da coordenação olho e mão, o T revela graves dificuldades. A nível do desenho, efectua movimentos circulares simples e linhas rectas. Revela dificuldades em segurar o lápis.

Não controla totalmente os esfíncteres. Nas brincadeiras, é capaz de simular situações através do “faz-de-conta”, revela aptidão para usar e recordar símbolos que emerge perto do final do período sensorio-motor. Utiliza com agilidade os brinquedos da sala e explora a sua funcionalidade, embora não consiga construir acções mais complexas.

Não apresenta muita capacidade de interacção com o adulto, preferindo realizar o jogo isolado. Apresenta características egocêntricas, não compreendendo a perspectiva nem a presença do outro como papel activo.

Ao nível cognitivo, apresenta dificuldades significativas na atenção e concentração, sendo facilmente distraído pelos estímulos do contexto.

Na linguagem, apresenta atraso, nomeadamente, na expressão, o que condiciona todo o processo de comunicação nas suas formas mais simples. Usa um vocabulário extremamente reduzido. Nas suas escassas verbalizações, usa partes de palavras ou diminutivos.

A lateralidade não se apresenta definida de forma clara. Embora pareça usar mais a mão direita.

Apresenta um comportamento marcadamente impulsivo, com dificuldade em aceder a regras e orientações.

Após o primeiro momento de avaliação efectuada, conclui-se que o T necessita de uma intervenção precoce de modo a estimular competências sociais e cognitivas. Salienta-se a necessidade e importância de, ao nível do infantário, ser prestado um apoio especial e individualizado.

O T é assíduo à escola, só faltando quando se encontra doente.

No que diz respeito à higiene, apresenta-se sempre limpo, tanto a nível corporal, como o vestuário.

Relativamente aos progenitores, de salientar que só a mãe colabora com a tia na educação da criança. A mãe, algumas vezes, dirige-se à escola para levar ou para ir buscar o menor.

A criança não apresenta maus-tratos.

O T é sociável, relaciona-se bem com as outras crianças. Tem dificuldade de concentração, não apenas para realizar as actividades, mas também para comer.

Uma vez que nós não participamos na primeira avaliação ficamos limitadas aos dados que nos foram fornecidos e que não incluem elementos sobre a idade mental e o quociente de desenvolvimento.

3.2 - Segundo Momento de Avaliação

O segundo momento da avaliação foi realizado, em 28 de Junho de 2008, com base em tarefas que englobaram os itens das diferentes Escalas de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths para crianças dos 0 aos 8 anos de idade.

Escala A – Locomotora

Na escala locomotora, o T realizou com sucesso todos os itens até àquele que lhe propunha subir e descer para um autocarro sem ajuda. O item relativo a escadas III – sobe a correr – já não foi bem sucedido.

O T apresenta uma idade mental de 58 meses e um sub quociente de 100.

Escala B – Pessoal Social

O T não conseguiu realizar vários itens como: sabe a idade; brinca com as outras crianças por períodos mais longos; dá a morada; aperta as fivelas dos sapatos.

Apresenta uma idade mental de 44 meses e um sub-quociente de 76.

Escala C – Audição e Fala

A escala C foi a menos conseguida do T. Não pontuou nos itens:

- Repete frases (seis sílabas)
- Adjectivos e advérbios (dois ou mais).
- Utiliza frases (seis ou mais sílabas)
- Nomeia seis ou mais figuras na imagem grande.

O T apresenta uma idade mental de 26 meses e um sub-quociente de 45.

Escala D – Coordenação Óculo-Manual

O T não foi capaz de realizar com sucesso:

- Cópia II (+)
- Cópia I (0)
- Desenha uma casa I (quadrado mais dois elementos)

Apresenta uma idade mental de 52 meses e um sub-quociente de 90.

Escala E – Performance

Não cotou positivamente nos itens:

- Faz passar um comboio debaixo da ponte
- Encaixe – onze peças (60 segundos)
- Ponte com três caixas II
- Padrões com cubos (60 segundos).

O T apresenta uma idade mental de 46 meses e um sub-quociente de 79.

Escala F – Raciocínio Prático

O T não realizou itens como:

- Compara duas linhas (comprimento)
- Repete quatro dígitos
- Compara dois pesos
- Nomeia duas moedas
- Conta dez cubos

O T apresenta uma idade mental de 32 meses e um sub-quociente de 55.

Resultado da Avaliação Efectuada

O T apresenta um quociente de desenvolvimento geral de 74.1, o que é inferior à média das crianças do seu grupo de idade. A criança apresenta um atraso em quase todas as áreas do desenvolvimento, excepto na área locomotora. As suas áreas mais comprometedoras são a audição e linguagem e o raciocínio prático.

A intervenção pedagógica e terapêutica a desenvolver com o T tem de ter em consideração as competências relativas aos itens que o T revelou maior ou menor dificuldade na Escala de Ruth Griffiths. Deve-se dar especial atenção às dificuldades do T ao nível da linguagem e audição e ao nível do raciocínio prático.

4 Desenvolvimento do PIAF

O Plano Individualizado de Apoio à família (PIAF) envolve a interacção, colaboração é a parceria entre os pais e os profissionais que integram a equipa de Intervenção Precoce. Desta interacção deve resultar um plano escrito que regista os objectivos para a família e para a criança, bem como descreve os recursos e os serviços e a sua articulação que poderão permitir apoiar a concretização desses objectivos.

Tratando-se de um processo, o PIAF envolve a recolha e partilha de informação que permite identificar, o que é importante para aquela família particular e a ajude a identificar estratégias de acção. Existe o reconhecimento de que a família é fundamental para o sucesso da IP.

Em todos os passos do processo de elaboração do PIAF, a família e os profissionais partilham informação e falam sobre opções de serviços. O propósito é o de identificar e organizar recursos formais e informais capazes de permitirem à família atingir os objectivos definidos para a sua criança e para a própria família.

O PIAF deve incluir as seguintes componentes: identificação da criança e da família; data do início do PIAF; identificação da equipa; recursos da família; avaliação da criança; forças e preocupações da família; objectivos e estratégias; avaliação; encaminhamento.

De: T

Feito por: Mãe

Educadora Especializada em Educação
Especial (EE)

Quem Somos:

T
Mãe
Pai
Irmã

Posso contar com:

Tia
Médica
Assistente Social
Terapeuta
Educadora
Educadora Especializada em Educação
Especial

Setembro 2008

O T foi entregue aos cuidados da tia, irmã da progenitora, surgindo esta como uma figura de referência. A CPCJ procede à supervisão da família. Desenvolvemos contactos com os pais, de modo a, podermos perceber o que os preocupava e o que seria necessário fazer para os ajudar. O que os pais queriam, e constituía a sua principal preocupação era voltar a ter o T com eles.

Novembro 2008

Procedemos à marcação de uma entrevista com a assistente social que acompanha o caso do T e da sua família., de modo a podermos obter informações sobre a evolução

dos pais e de como fazer relativamente ao T.

Janeiro 2009

Nova reunião agendada com a educadora e a assistente social do caso do T, para se proceder à avaliação da situação da família.

Abril 2009

Estabelecemos contacto com a assistente social, de modo a poder transmitir-lhe a nossa preocupação pelo facto do pai do T se encontrar desempregado. Ocorreu uma reunião com os pais do T para nos podermos inteirar do comportamento do T; saber como estão a lidar com a situação e se o pai se encontrava a procurar um emprego.

Mai 2009

Novo contacto com a assistente social para se poder encontrar estratégias de apoio ao pai do T.

Junho 2009

A família do T confia a sua grande preocupação pois o pai da criança está a ser procurado pela polícia, por andar a conduzir um automóvel ligeiro de passageiro sem estar habilitado para isso e pela existência de dívidas de multas. A assistente social informa da impossibilidade de se obter a substituição da pena em situação de voluntariado. O pai do T teve de cumprir a pena de prisão e a mãe mostrou preocupação com a situação e com a sua libertação.

A tia ajuda a pagar a multa e o pai do T é solto.

Setembro 2009

Integração do T na equipa da ACIP para poder ter apoio de Terapia da Fala e Psicologia no jardim-de-infância.

O T em Março de 2010

É capaz de:

É meigo e carinhoso

Tem dificuldade em:

Não para quieto

Brinca com os pais	É teimoso e tem dificuldade em obedecer
Ajuda a mãe em pequenas tarefas domésticas	A partir das 17:00h o seu comportamento é mais difícil
Veste-se e despe-se sozinho, roupas simples (fato de treino)	Apertar botões das calças e os cordões
Escova os dentes sozinho	O relacionamento com a irmã nem sempre é bom
Come sozinho	Tem dificuldades em dizer as palavras

Contactar a assistente social	Contactar a assistente social de modo a aquilatar da possibilidade do pai do T se inscrever para conseguir emprego.	
Contactar a médica	Realizar uma consulta com a médica de família para se proceder ao internamento do pai do T, para realizar um tratamento ao problema do alcoolismo.	
Contactar a médica	Realizar uma com consulta com a médica de família para a mãe do T realizar um check-up	
O que é preciso fazer	Quem faz	O que conseguiu
Contactar psicóloga	Dr. A	Contactou-se a psicóloga que acompanha a S. por causa do comportamento e as notas.
Contactar Segurança Social	Dr. A Assistente social	Contactou-se a Segurança Social em Abril e após preenchimento de requerimento a família passou a usufruir de apoio no pagamento da casa.
Contactar Centro de Emprego	Dr. A.	Contactou-se a Segurança Social em Março e após preencher impressos a mãe, fez uma formação

		remunerada.
--	--	-------------

4.1 Entrevistas baseadas nas Rotinas

A entrevista baseada nas rotinas deve ser desenvolvida seguindo determinados passos:

1º Passo: Preparar a família para relatar as rotinas: a família é preparada para identificar as suas rotinas e para falar sobre elas. É importante que a família fale sobre o que todos fazem, sobre o que as crianças fazem e como se sentem com as rotinas;

2º Passo: A família reporta as suas rotinas: A família relata as suas rotinas. O que se pretende saber, entre outros aspectos, é se a família tem alguma grande preocupação. O técnico que apoia a família deve, no decurso da entrevista que realiza com a família procurar que a família identifique essa preocupação. O técnico, relativamente às rotinas, sugere que se comece pela referência ao início do dia dos pais.

Para cada rotina o técnico questiona sobre três aspectos, sem que a família tome consciência desta estrutura:

O que todos fazem a esta hora?

O que é que a criança faz?

Como é que a criança participa?

O que é que a criança faz sozinha?

Como é que a criança comunica e se relaciona com outras crianças?

Até que ponto o prestador se encontra satisfeito com a rotina?

Se a criança está a ser apoiada fora de casa durante um período significativo de tempo, é de toda a conveniência conversar com o prestador de cuidado.

Durante a entrevista à família e ao prestador de cuidados, o técnico deve ter o cuidado de tomar apontamentos, de modo a que, fiquem registados os pontos mais importantes focados pela família e pelo prestador de cuidados.

Há duas questões importantes que o técnico pode colocar, após ter questionado sobre todas as rotinas, que são:

Quando à noite não consegue adormecer porque está preocupado/a com algo, que tipo de preocupação perturba o sono? Qual é essa preocupação?

Se pudesse alterar algo na sua vida, o que seria?

3º Passo: O técnico revê as suas preocupações e as áreas fortes. No decurso das entrevistas que realizou com a família, e por vezes com o prestador de cuidados, o técnico foi fazendo as suas anotações. Neste momento o técnico revê as suas anotações, percorrendo os diferentes itens anotados para refrescar a memória dos pais, mostrando-lhes o papel onde foram escritas as notas.

4º Passo: A família selecciona resultados. O técnico questiona a família sobre quais as áreas de preocupação e de força seleccionaria para se concentrar e como pretende que se continue o plano de intervenção.

5º Passo: A família estabelece as suas prioridades. O técnico mostra à família a sua lista de prioridades e pede que coloquem os diferentes itens por ordem de prioridade.

4.2 Combinação EBR-EASFR

A EBR foi desenvolvida com o apoio da mãe do T. De modo a poder-se obter as informações, realizou-se uma entrevista com a progenitora.

Rotina: Acordar
O T dorme com a irmã e quando acorda chama a irmã. Quando vai à casa de banho chama pela mãe.
Envolvimento: O T participa na rotina do acordar levantando-se sozinho e pedindo o apoio da mãe para ir à casa de banho.
Independência: O T desenvolve as rotinas da casa de banho apenas precisando da companhia da mãe.
Relações Sociais: O T conversa com a mãe durante a rotina, mas a mãe tem dificuldade em entendê-lo.
Grau de satisfação com a rotina: 3

Rotina: Mudar a fralda/Vestir
O T é ajudado pela mãe ou pela irmã a vestir-se. Quando usa fato de treino o T veste-se sozinho. Ele é capaz de desabotoar os botões, mas não consegue abotoar-se. Calça-se sozinho, mas não consegue apertar os cordões ou fechar o fecho das botas.
Envolvimento: O T participa na rotina vestindo-se e calçando-se.
Independência: O T necessita do apoio da mãe para apertar os cordões, fechar os

fechos e para se abotoar.

Grau de satisfação com a rotina: **3**

Rotina: Alimentação/Refeições

O T come sozinho e faz as refeições, tendo por hábito fazer cinco refeições. Come com a família à mesa e, por regra usa a faca e o garfo. Por vezes opta por usar a colher. A mãe, durante as refeições, senta-se entre o T e a irmã. Durante as refeições o T conversa com os pais, mas segundo refere a mãe não se entende o que ele diz.

Envolvimento: O T participa na rotina da refeição prestando atenção àquilo que os adultos fazem.

Independência: O T come sozinho usando a faca e o garfo.

Relações Sociais: O T procura falar com a mãe e a irmã enquanto decorre a rotina da refeição. A família tem dificuldade em entender o T.

Grau de satisfação com a rotina: **3**

Rotina: Preparação para sair/viajar

O T gosta de sair. Ele gosta de ir para a casa da tia, onde tem espaço, brinquedos, bicicleta. O T não faz qualquer birra quando é para sair.

Envolvimento: O T colabora com a família na rotina de sair.

Independência: O T prepara-se sozinho para sair.

Relações Sociais: O T convive com as pessoas quando sai.

Grau de satisfação com a rotina: **3**

Rotina: Tempo livre em casa/Ver televisão

O T gosta de brincar com a irmã, de fazer puzzles. Ele envolve-se muito na brincadeira. Ele também se entretém com DVD de desenhos animados. Quando está em casa da parte da manhã ele assiste aos desenhos animados que são transmitidos no 2º canal. À noite, enquanto a mãe prepara a refeição o T vê um pouco do “Morangos com Açúcar”.

Envolvimento: Ao fim de semana gosta de ver “ Lutadores”, um programa que passa na SIC, mas a mãe não o deixa ver.

Relações Sociais: Esta rotina é encarada pela mãe como um momento de stress, pelo comportamento do T, pois não pára muito tempo nas actividades. Como refere a mãe “ ele não pára”.

Estratégia: Envolver o T em diferentes actividades. Foi fornecido à mãe uma tesoura

sem bicos para o T fazer recortes e colagens.

Grau de satisfação com a rotina: **1**

Rotina: Banho

O T gosta muito de tomar banho. Nesta rotina o T é apoiado pela mãe ou pela irmã. Agora a mãe optou pelo chuveiro porque quando era banho de emersão o T não queria sair da banheira, porque brincava, fazendo de conta que estava a nadar. A criança colabora no lavar-se.

Envolvimento: O T participa na rotina do banho, brincando na banheira.

Independência: O T toma banho sozinho supervisionado pela mãe.

Relações Sociais: O T fala com a mãe durante a rotina, mas a mãe tem dificuldade em entender o que o T diz, devido a dificuldades na articulação das palavras.

Estratégia: Ao fim de semana optar pelo banho na banheira e brincar com ele o jogo das palavras.

Grau de satisfação com a rotina: **5**

Rotina: Sesta/Hora de dormir

Ao fim de semana o T tem por hábito dormir a sesta. A mãe não tem por costume contar uma história ao T antes de ele adormecer.

Envolvimento: A mãe, por vezes, deita-se com o T.

Independência: O T quando acorda para ir à casa de banho vai sozinho, embora por vezes chame pela irmã ou pela mãe.

Relações sociais: Esta rotina não é fonte de stress familiar.

Estratégia: A mãe passar a contar uma história ao T antes de ele adormecer.

Grau de satisfação com a rotina: **3**

Rotina: Ir às compras

Quando a mãe e a tia vão às compras ao hipermercado o T gosta de as acompanhar e percorre tudo.

Envolvimento: O T colabora na ida às compras.

Independência: O T gosta de percorrer tudo sem ser colocado no carrinho. Ele faz birra quando o colocam no carrinho.

Relações Sociais: Esta rotina é fonte de stress familiar.

Estratégia: Responsabilizar o T pela lista de compras e no final das compras tem de

verificar se tudo o que constava da lista foi comprado.

Grau de satisfação com a rotina: **1**

Rotina: Exterior

O T vai muitas vezes à casa da tia. No espaço exterior ele joga com a bola; anda de bicicleta. Reage bem com as outras pessoas que não fazem parte do seu círculo familiar.

Envolvimento: Fala com a mãe coisas novas, mas a mãe não o entende.

Independência: O T “não pára quieto”.

Relações Sociais: Esta rotina não é fonte de stress familiar.

Grau de satisfação com a rotina: **3**

Após a elaboração da EBR, a mãe do T seleccionou as suas principais preocupações e prioridades bem como os objectivos pretendidos.

Prioridade	Rotina	Objectivos
1	Acordar	A mãe pretende que o T vá à casa de banho sozinho sem precisar de supervisão.
2	Mudar a fralda/ vestir	A mãe pretende que o T se vista sozinho, seja capaz de se abotoar e desabotoar. A mãe pretende que o T se calce sozinho e aperte os cordões e o fecho das botas.
3	Tempo livre em casa/ televisão	A mãe pretende que o T permaneça mais tempo sossegado a ver televisão ou a fazer qualquer outra actividade.
4	Ir às compras	A mãe pretende que o T seja mais calmo e não faça birras quando vão às compras.
5	Melhorar a articulação das palavras que produz para tornar	A mãe modela uma frase curta que quer que o T produza para comunicar em momentos específicos das rotinas.

	perceptível o que quer comunicar	
--	--	--

Estes foram alguns dos objectivos funcionais trabalhados no contexto de casa.

4.3 Entrevista à educadora

Rotina: Chegada/Acolhimento
O T integra-se no grupo com facilidade e separa-se da família sem qualquer problema. Permanece quarenta e cinco minutos no tempo de acolhimento com alguns momentos de instabilidade, mas consegue interagir adequadamente quando necessário.
Grau de satisfação com a rotina: 3

Rotina: Jogo livre
Quando toma a iniciativa de escolher livremente o jogo que quer opta quase sempre pelos jogos de construção/garagem, com o qual permanece muito tempo. Interage com os pares apesar de este jogo ser muito repetitivo.
Grau de satisfação com a rotina: 3

Rotina: Refeições/Lanches
O T come todo o tipo de alimentos. É autónomo nas refeições, usando faca e garfo. Tem alguma dificuldade em manter limpo o seu espaço e de se manter sentado quando termina as refeições.
Grau de satisfação com a rotina: 3

Rotina: Momentos de conversa (roda ou grande grupo)
Participa nas actividades de grande grupo de uma forma entusiasta, mas necessita de estar sentado junto das crianças mais calmas. Tem o mesmo lugar atribuído no tapete. O tempo de concentração e atenção em actividade tem vindo a aumentar, embora necessite, por vezes, de ser chamado à atenção pelo adulto, porque se distrai com muita facilidade.

Grau de satisfação com a rotina: 3
Rotina: Actividade estruturada
O T participa nas actividades estruturadas e realiza as mesmas actividades dos restantes membros do grupo, mas necessita da ajuda do adulto. Pede ajuda quando sente dificuldade. Observa os colegas e pede-lhes ajuda. Gosta de participar nas actividades.
Grau de satisfação com a rotina: 3

Rotina: Sesta
O T não dorme.
Grau de satisfação com a rotina:

Rotina: Actividades ao ar livre
As actividades ao ar livre são do agrado do T, principalmente se tem a possibilidade de jogar à bola. E correr com os outros rapazes. Quando realizam jogos orientados participa e cumpre as regras.
Grau de satisfação com a rotina: 4

Rotina: Cantinhos (cenários de brincar)
Faz a sua escolha que por norma é os jogos de construção. Quando contrariado, manifesta o seu desagrado com alguma birra. Tem dificuldade em arrumar por iniciativa própria.
Grau de satisfação com a rotina: 3

Rotina: Higiene pessoal
O T é autónomo na sua higiene pessoal. Necessita de ajuda para abotoar e desabotoar botões e cordões dos sapatos. Vai autonomamente ao quarto de banho.
Grau de satisfação com a rotina: 3

Rotina: Contar histórias
Gosta de contar e de ouvir contar histórias, mas quando participa há grande dificuldade em entender o T devido à sua dificuldade na linguagem expressiva.
Grau de satisfação com a rotina: 2

Rotina: Movimento/Música
Aprende ouvindo as explicações do adulto e observando o comportamento dos colegas. Consegue reproduzir canções dentro das suas capacidades expressivas/memorizar. Em actividades de movimento necessita de orientação e supervisão do adulto sempre que entra em agitação e corre/corre sem fazer a actividade.
Grau de satisfação com a rotina: 3

Rotina: Saída
Despede-se com facilidade. Identifica os seus pertences e reage bem a este momento.
Grau de satisfação com a rotina: 3

Rotina: Saídas no exterior
Tem que haver muita supervisão do adulto, pois não consegue permanecer muito tempo local/tarefa devido à sua agitação.
Grau de satisfação com a rotina: 2

A educadora seleccionou as suas preocupações e prioridades, bem como alguns dos objectivos pretendidos.

Prioridade	Rotina	Objectivos
1	Chegada/ acolhimento	O T será responsável por determinadas tarefas durante o acolhimento para que, desta forma, permaneça estável durante o tempo de acolhimento.
2	Jogo livre	O T deverá escolher o jogo pretendido e realizá-lo até ao fim.
3	Refeições/ lanches	O T deverá manter o seu espaço limpo e manter-se sentado quando termina a refeição.
4	Cantinhos/ cenário brincar	O T depois de realizar um jogo, deverá arrumá-lo por iniciativa própria.
5	Contar histórias	O T sempre que chegar à escola deverá contar o que fez em casa.

6	Saídas no exterior	O T nas saídas ao exterior será o chefe do comboio e terá que se manter junto dos colegas.
---	--------------------	--

4.4 Apresentação e Discussão dos resultados das entrevistas realizadas

Foram realizadas entrevistas a alguns elementos da equipa transdisciplinar que têm vindo a trabalhar com o T: terapeuta da fala; educadora; psicóloga; assistente social.

De acordo com a terapeuta da fala, o T apresenta um atraso moderado no desenvolvimento da linguagem e fala.

Face a esta realidade a terapeuta procurou trabalhar todas as áreas da linguagem, mas aquelas onde foi notório um desenvolvimento maior foi nas áreas da semântica e da morfologia. Houve a preocupação em desenvolver um trabalho com uma equipa multidisciplinar que reunia com frequência, de modo a poderem aquilatar do desenvolvimento do T e da necessidade de desenvolver novas estratégias.

A educadora do T, também salienta a importância da intervenção de uma equipa a trabalhar em cooperação. Salienta a educadora que “(...) é muito importante a articulação destes três intervenientes, tanto a família como a equipa educativa e o meio e o T se tem vindo a melhorar realmente, é fruto deste trabalho de parceria, tanto com os serviços, como com os técnicos que todas as semanas vêm cá, fazer um trabalho directo com o T e comigo e a educadora da educação especial, senão esta criança continuaria a estar em grande risco, apesar que eu acho, que está num risco moderado, porque a sua estrutura familiar é uma estrutura complicada principalmente da parte do pai.

Em todo o processo de intervenção com a criança é fundamental o envolvimento da família. Refere que, “ em terapia da fala (...), 20% do trabalho é feito pela terapeuta da fala, que dá as bases à criança para ela desenvolver. Como por norma só existe uma sessão semanal de 45 minutos, esse tempo é diminuto para apoiar profundamente as crianças, por essa razão o envolvimento parental é bastante importante, para trabalhar os 80% que restam em contexto familiar.”

No caso específico do T existiram algumas barreiras que foi necessário ultrapassar, de modo a conseguir-se uma articulação com a família. A mãe evidencia interesse pela educação e desenvolvimento do filho, ao contrário do pai que se alheia.

Importante é, ainda, o apoio à família, que aliás é um dos objectivos da intervenção precoce. Diz a terapeuta da fala que “(...) a criança só beneficia com o

apoio a essas famílias, visto que para que haja um equilíbrio geral, as crianças necessitam de um contexto familiar “normal”. E do geral pode-se ir ao específico, o T será uma criança mais atenta e logo com maior probabilidade de captar conhecimentos, se sentir-se “seguro” da sua “família.”

Na perspectiva da educadora que tem vindo a acompanhar o T, foi muito importante ter-se conseguido intervir de um modo precoce. Quanto à importância da intervenção precoce, diz a educadora “(...) que é fundamental, quanto mais cedo se intervir junto da família e da criança, tem que ser sempre com os dois, a família e a criança, quanto mais cedo melhor. E nota-se que a própria mãe do T tem vindo a melhorar o seu comportamento e ajudar o T a cumprir algumas rotinas em casa e a ter outro tipo de cuidados, que só vieram beneficiar o menino.

A Psicóloga refere que a intervenção precoce assume, desta forma, um papel preponderante no acompanhamento de crianças oriundas de uma família de risco, pois irá identificar todas as lacunas existentes no seio familiar e na medida do possível, irá tentar colmatá-las através da prestação de apoio e acompanhamento quer à família, quer à criança, que será o seu principal alvo de intervenção. Diz, “considero a intervenção precoce como o momento ideal para intervir junto de crianças/famílias em risco, pois só assim se conseguirá evitar a agudização dos seus problemas, porque se forem detectados numa fase mais posterior serão de resolução mais difícil.”

A assistente social que tem vindo a acompanhar o T também refere a importância da intervenção precoce para o desenvolvimento da criança, uma vez que “(...) o menor ou uma criança, que não tenha o apoio da intervenção precoce acaba por ficar no isolamento ou no esquecimento, acaba por não ter as oportunidades das outras crianças. Nós com a intervenção precoce podemos fazer com que uma criança desenvolva de uma tal maneira que não seja estigmatizada que não haja uma diferença a nível educacional e de desenvolvimento da criança.”

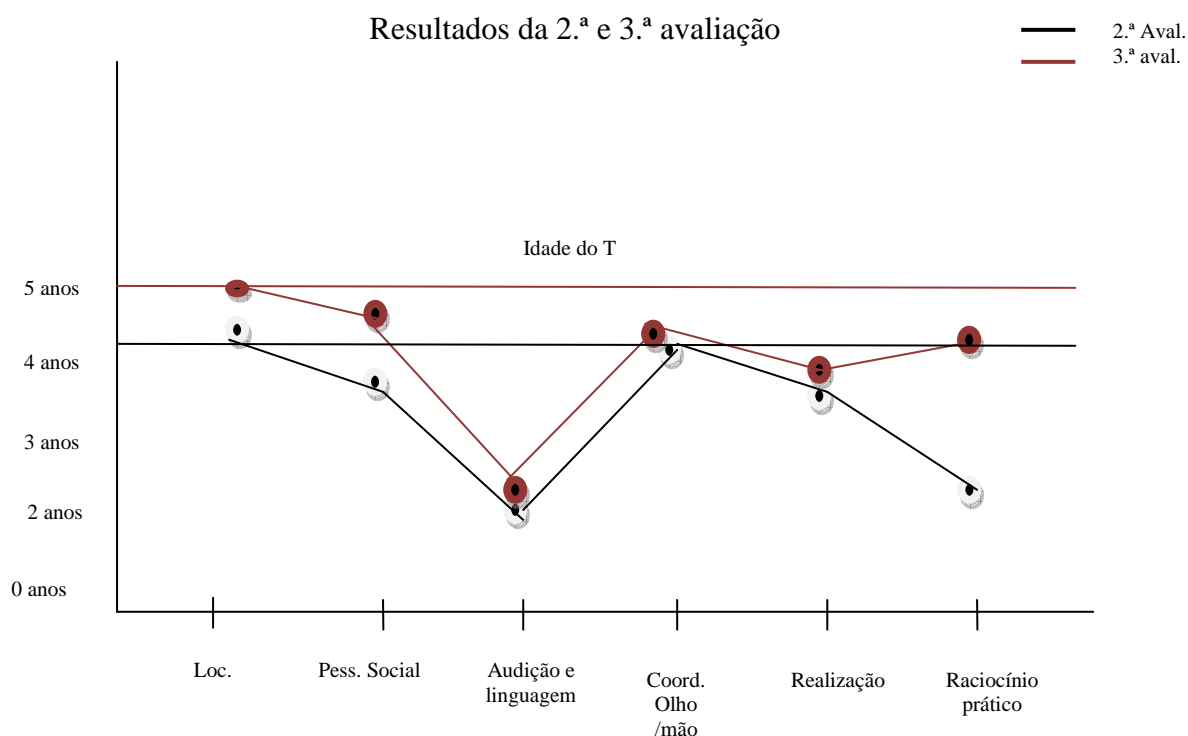
5- Terceiro Momento de Avaliação

O terceiro momento da avaliação foi realizado em 31 de Maio de 2010.

Com recurso à escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, procurou-se acompanhar o progresso do T, tendo sempre presente as avaliações realizadas em momentos anteriores.

A avaliação efectuada evidencia um comprometimento geral em todas as áreas avaliadas pela escala, com resultados muito inferiores à média do seu grupo etário, em todas as subescalas.

O T apresenta um atraso global no desenvolvimento de, aproximadamente, dois anos e um quociente geral de cinquenta meses (quatro anos e dois meses).



Da avaliação efectuada resultam os seguintes aspectos:

Na subescala C – Audição e Linguagem –, avalia-se a linguagem receptiva e expressiva e o T apresenta o défice mais acentuado, com resultados muito abaixo da média, o que compromete a comunicação e interacção com os adultos e com os pares.

Na subescala A – Locomoção –, que permite avaliar a motricidade global da criança, incluindo o equilíbrio, a coordenação e o controlo dos movimentos, o T, apresenta nesta subescala o seu melhor desempenho.

O T necessita de uma estimulação global, sobretudo na área da linguagem, onde apresenta maiores lacunas e com repercussões significativas no seu desenvolvimento de desempenho.

6 - Recomendações

A criança deverá continuar a usufruir de medidas educativas especiais apropriadas, com acompanhamento regular em terapia da Fala e Psicologia e deverá ser mantido no Pré-Escolar.

O T deve continuar a ser estimulado a nível cognitivo, da linguagem, da comunicação. Devemos continuar a desenvolver um ensino individualizado sempre que tal se justifique. Por outro lado, é importante proporcionar ao T actividades diversificadas e sempre adequadas ao menor, á sua problemática e ao seu grau de desenvolvimento. O aluno deve ser, sempre, integrado nas actividades do grupo. As tarefas a apresentar ao T devem ter um grau de dificuldade progressiva. Os materiais a serem usados com o menor devem ser rigorosamente escolhidos de modo a poderem contribuir para que o menor consiga superar a suas dificuldades.

O jardim-de-infância deve continuar a disponibilizar à criança equipamentos informáticos e jogos sensoriais, jogos de imagem, material psicomotor, adequados ao seu nível actual de desenvolvimento.

É muito importante usar o reforço positivo.

A educadora de sala e a assistente social devem continuar o seu trabalho de apoio ao T em termos do seu desenvolvimento emocional e escolar. Esse trabalho deve ter continuação em casa. É necessário obter a cooperação mais intensa do pai do menor e aprofundar a cooperação da mãe de modo a conseguir-se um verdadeiro trabalho de equipa. Deve-se, assim, continuar a desenvolver um trabalho junto da família, de modo a apoiá-los no seu desenvolvimento de capacidades parentais e incentivá-los a acompanharem os trabalhos que são propostos ao T.

O menor deve continuar a beneficiar no jardim-de-infância de terapia da fala e de psicologia.

Conclusão

Os primeiros anos de vida de uma criança são muito importantes para o seu desenvolvimento futuro.

No caso das crianças em risco, ou seja aquela que se encontra numa situação que prejudica ou pode prejudicar o seu normal desenvolvimento, é essencial que possam beneficiar de uma intervenção precoce, desenvolvida por uma equipa multidisciplinar, de modo a poderem ter uma maior probabilidade de se desenvolverem.

A razão de ser da IP, é a criança que apresenta problemas de desenvolvimento, encontrando-se numa situação de risco. A intervenção deve ser iniciada o mais precocemente possível e deve envolver, de um modo formal, as estruturas e serviços da comunidade. Como sucedeu no caso da criança que foi alvo do nosso estudo de caso, todo o processo se inicia com a identificação feita por profissionais da área da saúde. Após a identificação passa-se para uma fase importante que é a da elaboração e implementação do PIAF. Todo o processo de implementação do PIAF é lento e requer o envolvimento da família e o estabelecimento entre a família e a equipa de profissionais.

Estes devem ter um papel de elementos facilitadores e não de críticos relativamente à família, O importante é apoiar os pais a adquirirem competências que lhes permita colaborar no apoio aos filhos e desenvolverem capacidades a nível da tomada de decisões. Salienta-se, assim, a importância de os pais se tornarem competentes, capazes de intervir de forma positiva na educação e desenvolvimento do seu filho ou filha em risco. Conseguir o apoio positivo dos pais é um dos objectivos em termos de intervenção.

O jardim-de-infância desempenha um papel muito importante no processo de desenvolvimento das crianças, nomeadamente daquelas, como a criança que foi alvo do Estudo de Caso, que apresentam Necessidades Educativas Especiais. É necessário que o jardim-de-infância, disponibilize diversos tipos de equipamentos, designadamente, informáticos, jogos diversos, capazes de contribuírem para o desenvolvimento da criança.

A criança que esteve na base deste estudo de caso apresenta SAF, como decorre do estudo efectuado. Tal deveu-se ao facto de a mãe, durante a gestação ter consumido bebidas alcoólicas.

Face a esta realidade e após ter sido feita a sinalização da criança constituiu-se uma equipa de profissionais que iniciaram um trabalho de apoio à criança e à sua família. Foi desenvolvido um PIAF. Desde o início da intervenção foi realizado um trabalho de apoio, não apenas à criança, mas também à família, procurando que a mãe adquirisse competências e incentivando o pai a participar mais no trabalho que tem vindo a ser realizado com a criança com o apoio da mãe. Igualmente tem vindo a ser desenvolvido um trabalho de incentivo ao pai para que inicie um tratamento ao problema do alcoolismo, uma vez que a mãe já o fez.

A criança tem vindo a ser avaliada em diferentes momentos. A primeira avaliação que foi feita confirmou que apresentava um grau de desenvolvimento inferior à sua idade. O trabalho que tem vindo a ser realizado tem permitido à criança evoluir, no entanto torna-se necessário continuar com o apoio e procurar fazer reavaliações e mudar estratégias, sempre que tal se mostre necessário.

Bibliografia

Abreu, W. C. de (1997). Dinâmica da formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In Canário, R. (Org.) *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 147-168.

Anderson, G.; Arsenault, N. (1998). *Fundamentals of Educational Research*. London: Routledge Falmer.

Bailey, D.B. & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. New York: Maxwell MacMillan International

Bogdan & Biklen (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Casanova, M.A. (1990). *Educación Especial hacia la Integración*. Madrid: Editorial Escuela Española.

Committee On Substance Abuse And Committee On Children With Disabilities. Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics, California*, v. 106, n. , p.358-361, 2000.

Correia, L.M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L.M. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L.M.; Martins, A.P.L. (2002). *Inclusão: Um Guia para Educadores e Professores*. Braga: Quadrado Azul Editora.

Duarte, Z.; Bárrias; J. Moreira, R. (1993). Influências Históricas e Culturais nos Padrões de Consumo em Portugal. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia do Porto*, Ano 3, n.º 9, 3-4.

Falvey, M.A. e Rosenberg, R.L. (1995). Developing and Fostering Friendship. In M. Falvey (Ed.), *Inclusive and Heterogeneous Schooling: Assessment, Curriculum and Instruction* (pp. 267-283). Baltimore: Paul Brooks.

Ferreira, M. (1995). “Álcool e Gravidez”. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. V, n.º 2 (11), 11-14.

Frances V. et al. (2006). *Prenatal alcohol exposure and attention, learning and intellectual ability at 14 years: a prospective longitudinal study*. Elsevier Ireland Ltd., Australia, pp. 1-9.

Freire, T M et al. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Brasil, v. 27, n. 7, p.376-381, 2005.

Garcia e Garcia, E. (1988). Normalización e Integración. In J. Mayor (Dir.) *Manual de Educación Especial*. Madrid: Anaya.

Guimarães, H.T.; Guimarães, J.; Mateus, M.; ruivo, I.; Santos, N. (1995). A Embriofetopatia Alcoólica na Prática Clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, vol. IV, n.º 1 (10).

Guimarães, H.T.; Guimarães, J.; Santos, N. (1996). Embriofetopatia Alcoólica: uma Experiência. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia do Porto*, Ano 5, n.º 15, 4-5.

Hoyme, H. E et al. (2005). A Practical Clinical Approach to Diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Clarification of the 1996 Institute of Medicine Criteria. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, California, v. 115, n. 1, p.39-47.

Kaup, O L; Merighi, M A B; Tsunehiro, M A. (2001). Avaliação do Consumo de Bebida Alcoólica Durante a Gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Brasil, v. 23, n. 9, p.575-580.

Mariano, S. (1994) “Álcool e Gravidez” *Boletim do Centro Regional do Centro de Alcoologia do Porto*, Ano 5, n.º 15, 4-5.

McWilliam, P.J.; Winton, P.J.; Crais, E.R. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce centrada na Família*. 15 Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.

Merriam, S.(1998). *Qualitative Research and Case Study. Applications in Education*. 2.^a Edição. California: Jossey-Bass.

Nielsen, L.B. (1999) *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula. Um guia para Professores*. Porto: Porto Editora.

Paula, A M C; Silva, D A e; Almeida, R (2002). A Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton - EACN. In: Corrêa Filho, Laurista; Corrêa, Maria Elena Girade; França, Paulo Sérgio. *Novos Olhares sobre a Gestaçã e a Criança até os 3 Anos: Saúde Perinatal, Educaçã e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L.g.e. Editora Ltda, 2002. Cap. 19, p. 324-351.

Pearpoint, J., Forest, M., O’Brien, J. (1996). MAPs, Circle of Friends, and PATH: Powerful Tools to Help Build Caring Communities. In S. Stainback e W. Stainback (eds), *Inclusion: A Guide for Educators* (pp. 67-86). Baltimore: Paul Brooks.

Ribeiro, E M; Gonzales, C H. (1995). Síndrome Alcoólica Fetal: Revisão. *Pediatria*, São Paulo, v. 17, n. 1, p.47-56.

Sá, R A M. (2005) Trocas Materno-Fetais. In: Netto, Hermógenes Chaves. *Obstetrícia Básica*. São Paulo: Atheneu, Cap. 4, p. 43-48.

Serrano, A.M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce*. 16 Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.

Smith, G.H.; ColeS, C.D.; Poulsen, M.K. & Cole, C.K. (1995). *Children, Families and Substance Abuse. Challenges for Changing Educational and Social Outcomes*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing CO.

Sparks, S.N. (1992). *Children of Prenatal Substance Abuse. School-age Children Series*. San Diego, California: Singular Publishing Group, Inc.

Sparks, S.N. (1993). *Children of Prenatal Substance Abuse*. California: Singular Publishing Group.

Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata

Yin, R. (2001). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. 2.^a Edição. Porto Alegre: Bookman.

ANEXOS

GUIÃO DA ENTREVISTA REALIZADA À MÃE DO T

- 1 – Durante o período de gravidez a mãe teve algum problema?
- 2 - Como correu o parto? Foi assistido? Onde?
- 3 - Durante os primeiros meses de vida o T teve algum problema de saúde? Como e quem detectou?
- 5 – A mãe colocou o seu filho no Jardim de Infância com que idade? E porquê?
- 6 – Em algum momento a mãe sentiu que o seu filho necessitava de apoio especializado? Porquê?
- 7 - O que pensa do apoio especializado/intervenção, que o T recebe no Jardim de Infância? Esse apoio tem sido importante para a vossa família?
- 8 – A mãe esteve presente num primeiro momento da avaliação do T, como acha que correu a avaliação? A sua participação foi importante? Porquê?
- 9 – O que pensa a mãe sobre a evolução do seu filho, desde a entrada no Jardim de Infância, até hoje?
- 9 – Que tipo de apoio a família tem? Qual ou quais o/s apoio/s mais importantes para o equilíbrio da vossa família? Porquê que considera esses os apoios mais importantes?
- 10 – Sente que os apoios sociais que obtém, têm sido eficazes na resolução dos vossos problemas? Diga porquê?
- 11 – Neste momento qual a maior dificuldade que a vossa família tem? O que está a ser feito para a ultrapassar? E quais os recursos?

GUIÃO DA ENTREVISTA REALIZADA À EDUCADORA

- 1 – Há quanto tempo é Educadora do T?
- 2 – Como Educadora de Infância, que conhece o T como o caracteriza?
- 3 – Quanto ao desenvolvimento do T, quais as áreas que considera fortes e as áreas que considera que tem mais dificuldades?
- 4 – Como integra e participa o T. nas rotinas da sala/Jardim de infância?
- 5 – O T. tem apoio especializado, o que pensa desse apoio e como articula com a docente de Educação Especial?
- 6 - “Os primeiros anos de vida desempenham um papel decisivo no desenvolvimento global da criança, dependendo o mesmo da qualidade e quantidade de interações estabelecidas entre a criança – família – meio, realçando a importância dos serviços de Intervenção Precoce e o seu impacto no desenvolvimento das competências da criança e da família”. O que pensa da afirmação? Como considera a Intervenção Precoce no acompanhamento da criança/família em risco?
- 7 – A família do T colabora e participa nas actividades realizadas e propostas pelo Jardim de Infância? Como considera a participação da família no Jardim de Infância?
- 8 – Como considera o grau de envolvimento da família no processo educativo do T? (Se for um envolvimento diminuto, diga quais as barreiras a esse envolvimento e quais as soluções para esse problema, se for um envolvimento positivo, diga o que contribui para isso)?
- 9 – Qual a sua opinião, do envolvimento parental, para o desenvolvimento do aluno?
- 10 – A família do T em alguma situação recorreu ao apoio da Educadora? Qual?
- 11 – Sente que o Jardim de Infância é um espaço que tranquiliza ou preocupa, a família do T? Porquê?

GUIÃO DA ENTREVISTA REALIZADA A TÉCNICA DE SERVIÇO SOCIAL

- 1 – Sendo a assistente social que acompanha o caso da família do T., como caracteriza esta família?
- 2 – Como considera os apoios prestados à família? Têm sido eficazes para o seu desenvolvimento?
- 3 – O que pensa da intervenção precoce, no acompanhamento das famílias e dos seus educandos?
- 4 – Como articula o trabalho que desenvolve com esta família, com os diferentes profissionais envolvidos no apoio à mesma?
- 5 – O que pensa dessa articulação para o impacto na ajuda à família?
- 6 – Falamos constantemente em multidisciplinaridade e na organização das equipas de Intervenção. Como considera o trabalho realizado pelas mesmas, junto das famílias?

GUIÃO DA ENTREVISTA REALIZADA À PSICÓLOGA

- 1 – Há quanto tempo apoia o T?
- 2 – Como psicóloga que acompanha o desenvolvimento do T, como o caracteriza?
- 3 – Ao longo deste período, o T. tem vindo a desenvolver competências, quais as áreas em que manifestou mais evolução e as áreas que se encontram menos desenvolvidas?
- 4 – “Os primeiros anos de vida desempenham um papel decisivo no desenvolvimento global da criança, dependendo o mesmo da qualidade e quantidade de interacções estabelecidas entre a criança – família – meio, realçando a importância dos serviços de Intervenção Precoce e o seu impacto no desenvolvimento das competências da criança e da família”. O que pensa da afirmação? Como considera a Intervenção Precoce no acompanhamento da criança/família em risco?
- 5 – Como articula o trabalho que desenvolve com esta família, com os diferentes profissionais envolvidos no apoio à mesma?
- 6 – Como considera o grau de envolvimento da família no processo educativo do T? (Se for um envolvimento diminuto, diga quais as barreiras a esse envolvimento e quais as soluções para esse problema, se for um envolvimento positivo, diga o que contribui para isso)?
- 7 – Considerando o T, concorda que, quanto maior for o envolvimento parental, menor será o risco da criança? Porquê?
- 8 – O apoio às famílias tornou-se um objectivo proeminente da Intervenção Precoce. O que pensa desta realidade e a sua importância no desenvolvimento de esforços para construir e fortalecer a capacidade das famílias de risco, particularmente no caso do T?

GUIÃO DA ENTREVISTA REALIZADA AO TERAPEUTA DA FALA

- 1 - Há quanto tempo apoia o T?
- 2 – Como terapeuta da fala que acompanha o desenvolvimento do T, como o caracteriza?
- 3 – Ao longo deste período, o T tem vindo a desenvolver competências linguísticas, a que nível?
- 4 – “Os primeiros anos de vida desempenham um papel decisivo no desenvolvimento global da criança, dependendo o mesmo da qualidade e quantidade de interacções estabelecidas entre a criança – família – meio, realçando a importância dos serviços de Intervenção Precoce e o seu impacto no desenvolvimento das competências da criança e da família”. O que pensa da afirmação? Como considera a Intervenção Precoce no acompanhamento da criança/família em risco?
- 5 – Como articula o trabalho que desenvolve com esta família, com os diferentes profissionais envolvidos no apoio à mesma?
- 6 – Como considera o grau de envolvimento da família no processo educativo do T? (Se for um envolvimento diminuto, diga quais as barreiras a esse envolvimento e quais as soluções para esse problema, se for um envolvimento positivo, diga o que contribui para isso)?
- 7 – Concorda que, quanto maior for o envolvimento parental, maior será o desenvolvimento linguístico da criança em risco? Em que medida?
- 8 – O apoio às famílias tornou-se um objectivo proeminente da Intervenção Precoce. O que pensa desta realidade e a sua importância no desenvolvimento de esforços para construir e fortalecer a capacidade das famílias de risco, particularmente no caso do T?