



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

**O CONTRIBUTO DA PSICOLOGIA CLÍNICA NUMA EQUIPA
MULTIDISCIPLINAR DE INTERVENÇÃO PRECOCE**

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autora: Andreлина Fortes Neves Pereira

Orientadora: Professora Doutora Claudia Delane Silva de Castro

Número da candidata: 30008823

Setembro de 2024

Lisboa

Agradecimentos

É com orgulho e alegria, fruto do meu empenho e resiliência, que finalizo mais um ciclo, motivada pela paixão pela Psicologia. Este trabalho final representa a realização de um sonho desde os 18 anos, que agarrei aos 40! É sempre tempo de acreditar, de lutar, de realizar os nossos sonhos! Nesta árdua, mas gratificante caminhada, muitos foram os que me apoiaram, pelo que, expresso a minha profunda gratidão.

À minha família, pilar essencial, em especial à minha querida mãe, ao meu marido e aos meus filhos, Débora e Diogo, pelo apoio incondicional. Ao meu falecido pai e aos meus avós, que certamente estão orgulhosos e perduram através de mim.

A todos os Docentes do Instituto Piaget de Almada, que marcaram o meu percurso académico, bem como, a todos os Docentes da Universidade Autónoma de Lisboa, em especial, à Professora Doutora Mónica Pires, pelos conhecimentos transmitidos e orientação nas aulas de Seminário e à Professora Doutora Cláudia Castro, pela disponibilidade e orientação do relatório de estágio.

Ao Instituto de Segurança Social, à Coordenadora do meu Serviço Local, Susana Dias e Equipa, por todo o apoio e compreensão.

Ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), à Subcomissão de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, Doutora Teresa Nunes Marques, pela orientação e supervisão do estágio na ELI, por todos os conhecimentos transmitidos, disponibilidade, confiança e inspiração. À Psicóloga, Orientadora, Dr.^a Joana Pereira, por todos os ensinamentos, momentos de partilha e confiança, bem como, a toda a Equipa Local de Intervenção Precoce de Lisboa, pelo acolhimento, apoio, momentos partilhados e aprendizagens. A todos os Profissionais de Educação das Creches e Jardins- de- Infância visitados, pelo acolhimento e partilhas.

A todas as famílias e crianças acompanhadas, a confiança e momentos partilhados. A todos os amigos, que me apoiaram nesta caminhada, em especial ao André e ao Edmar Silva, e às “meninas” do meu grupo... Sou grata.

“Muitas das coisas que precisamos podem esperar.

A criança não. Agora é a hora.

Os seus ossos estão a tomar forma,

O seu sangue está a constituir-se,

A sua mente está a desenvolver-se.

A ela não podemos responder “amanhã”.

Seu nome é “hoje”.

Gabriela Mistral, Prémio Nobel da Literatura, 1945

Resumo

O presente relatório final reflete todo o trabalho desenvolvido em contexto de Intervenção Precoce, com crianças dos 0 aos 6 anos e respetivas famílias, tendo como base, as práticas e modelos de referência em Intervenção Precoce na Infância (IPI). Explana as experiências e reflexões vividas durante o período de estágio académico, vertente profissionalizante, numa Equipa Local de Intervenção de Lisboa (ELI), totalizando 480 horas. Teve como objetivo a aplicação à prática psicológica, dos conhecimentos teóricos e competências adquiridos em contexto académico, permitindo a aquisição de novas competências pessoais e profissionais. Durante o estágio foram acompanhados, um total de 23 casos, tendo sido selecionados dois. Ambos os casos são do sexo masculino, com dois e três anos de idade respetivamente, com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo e o outro, com Síndrome de Noonan, nos quais foram visíveis evoluções positivas ao nível do desenvolvimento de determinados domínios e ao nível do empoderamento parental. Neste contexto, é de referir a importância de intervir precocemente, visto os primeiros anos serem cruciais e determinantes no processo de desenvolvimento da criança. A salientar, o incansável trabalho colaborativo da Equipa Multidisciplinar. E cada vez mais, atentos à Saúde Infantil, em particular à Saúde Mental e ao Bem-Estar das Crianças e Famílias, importa destacar, o contributo do Psicólogo Clínico, na compreensão das problemáticas e apoio à redução do sofrimento, na promoção do bem-estar e desenvolvimento biopsicossocial das crianças, bem como, na capacitação parental e inclusão.

Palavras-chave: Intervenção Precoce na Infância, Psicologia Clínica, Crianças, Famílias, Contexto Natural

Abstract

This final report reflects all the work carried out in the context of Early Intervention with children aged 0 to 6 and their families, based on the practices and reference models in ECI. It explains the experiences and reflections lived during the period of the academic internship, in a Local Intervention Team in Lisbon (ELI), totaling 480 hours. The aim was to apply the theoretical knowledge and skills acquired in an academic context to psychological practice, enabling the acquisition of new personal and professional skills. A total of 23 cases were monitored during the internship, and two were selected. Both cases were male, two and three years old respectively, diagnosed with Autism Spectrum Disorder and the other with Noonan Syndrome, in which positive developments were visible in some areas, as well as in terms of parental empowerment. In this context, it is important to mention the importance of intervening early, as the first few years are crucial and decisive in the child's development process. It is worth highlighting the tireless collaborative work of the Multidisciplinary Team. Increasingly attentive to children's health, particularly the mental health and well-being of children and families, it is important to highlight the contribution of the Clinical Psychologist in understanding problems, supporting the reduction of suffering, promoting well-being, promoting the biopsychosocial development of children and parental empowerment and inclusion.

Keywords: Early Childhood Intervention, Clinical Psychology, Children, Families
Natural Context

Índice

Introdução	1
Parte I - Contextualização da Instituição Promotora do Estágio	4
1.1. Caracterização da Instituição Promotora do Estágio	5
1.2. O Papel do Psicólogo Clínico	7
1.2.1. <i>O Papel do Psicólogo Clínico em Contexto de Intervenção Precoce</i>	10
Parte II- Enquadramento Teórico	13
2.1. Problemáticas Recorrentes em IPI.....	14
2.1.1. <i>A Saúde Mental Infantil e Juvenil</i>	14
2.2. As Perturbações do Desenvolvimento na Infância	16
2.2.1. <i>Perturbação do Espectro do Autismo</i>	19
2.2.2. <i>Síndrome de Noonan</i>	25
2.3. Temáticas Pertinentes que Fundamentam as Práticas em IPI	30
2.3.1. <i>A Importância de Intervir Precocemente</i>	30
2.3.2. <i>Intervenção Precoce na Infância</i>	30
2.4. Princípios orientadores em IPI.....	31
2.5. Contributo dos Modelos Teóricos de referência em IPI	32
2.5.1. <i>A Abordagem Sistémica da Família de Von Bertalanffy</i>	32
2.5.2. <i>O Modelo Transacional de Sameroff e Chandler</i>	33
2.5.3. <i>O Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano</i>	34
2.5.4. <i>O Modelo Bioecológico</i>	36
2.5.5. <i>O Modelo de Apoio Centrado na Família</i>	36
2.6. Práticas Centradas na Família	39
2.7. Suporte formal e informal	40
2.8. Responsável de Caso.....	41
2.9. Processo de Intervenção - IPI.....	42
2.10. Perfil dos Profissionais.....	45
2.11. Evolução das respostas em IPI em Portugal	47
2.12. Modelo Legal Português de Intervenção Precoce	49
2.12.1. <i>Objetivos</i>	50

2.12.2. Organização SNIPI	50
2.12.3. As Equipas Locais de Intervenção (ELI).....	54
2.12.4. Funcionamento das Equipas de IPI	55
2.13. Crianças e Famílias acompanhadas no âmbito do SNIPI.....	56
2.14. Associação Nacional de Intervenção Precoce.....	60
2.15. Modelo de Pré-Terapia.....	62
Parte III-Trabalho desenvolvido no âmbito do Estágio.....	64
3.1. Objetivos Gerais do Estágio.....	65
3.1.1. Objetivos específicos do Estágio.....	65
3.2. Atividades desenvolvidas durante o estágio	66
Parte IV- Apresentação de Casos Clínicos	79
4.1. Apresentação de Casos Clínicos	80
4.2. Caso “A” - Acompanhamento	83
4.2.1. Identificação	83
4.2.2. Motivo do Acompanhamento pela ELI.....	83
4.2.3. História clínica.....	84
4.2.4. Síntese do Acompanhamento Psicológico	87
4.2.5. Avaliação do PIIP	95
4.2.6. Discussão e reflexão do Acompanhamento Psicológico	96
4.3. Caso “B” - Avaliação Psicológica	98
4.3.1. Motivo da Avaliação Psicológica	99
4.3.2. História Clínica.....	99
4.3.3. Síntese da Avaliação Psicológica	103
4.3.4. Conclusão da avaliação do Processo de Intervenção.....	106
4.3.5. Avaliação do PIIP	107
4.3.6. Discussão e Reflexão do Caso	108
Parte V- Considerações Finais.....	109
5.1. Reflexão e Conclusão	110
Referências Bibliográficas.....	113

Índice de Quadros

Quadro 1- Os vários encontros do ciclo de IPI.....	45
Quadro 2- Evolução de IPI em Portugal: Uma Mudança de Paradigma.....	48
Quadro 3- Atividades realizadas com “A”.....	94
Quadro 4- Objetivos definido do PIIP do “B”.....	107

Índice de Figuras

Figura 1- Sistema Ecológico do Desenvolvimento Humano.....	35
Figura 2- Ilustração do Modelo Integrado de IPI.....	38
Figura 3- Organização do SNIPI.....	54
Figura 4- ELI- Equipas Inter-serviço e Transdisciplinares.....	55
Figura 5- Genograma do “A”.....	84
Figura 6- Genograma do “B”.....	100

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Gráfico da evolução do nº de crianças acompanhadas SNIPI.....	60
Gráfico 2- Perturbações mais recorrentes durante o Estágio.....	80
Gráfico 3- Prevalência de Idades.....	81
Gráfico 4- Predominância de Género.....	81
Gráfico 5- Gráfico de Perfil de Desenvolvimento.....	104

Índice de Abreviaturas

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde ACP- Abordagem Centrada na Pessoa

CAFAP- Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CID-11 - Classificação Internacional de Doenças, 11^a Edição CPCJ- Comissão de Proteção Crianças e Jovens

DL – Decreto-Lei

DSM-V- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5^a Edição

EADP- *European Agency for Development in Special Needs Educations*

EATL- Equipa de Apoio Técnico ao Tribunal de Lisboa EBR- Entrevista Baseada nas Rotinas

EDMG- Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths*

ELI- Equipa Local de Intervenção

EATTL- Equipa Apoio Técnico ao Tribunal de Lisboa EUA – Estados Unidos da América

IPI- Intervenção Precoce na Infância LVT- Lisboa e Vale do Tejo

ME- Ministério da Educação MC-Mediador de Caso

MS- Ministério da Saúde

MTSSS- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social NEE- Necessidades Educativas Especiais

NST- Núcleos de Supervisão Técnica OMS- Organização Mundial de Saúde

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses PEA- Perturbação do Espectro do Autismo

PND- Perturbação de Neurodesenvolvimento

PHDA- Perturbação de Hiperatividade com défice e atenção PIIP- Plano Individual de Intervenção Precoce

RC- Responsável de Caso

SCR- Subcomissão de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

SNIPi- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SN - Síndrome de *Noonan*

SRLVT- Subcomissão Regional de Lisboa e Vale do Tejo

TA- Tendência Atualizante

TCC- Terapia Centrada no Cliente

UAL- Universidade Autónoma de Lisboa

WHO- *World Health Organization*

Introdução

O presente relatório enquadra-se no âmbito do estágio curricular académico, com vista à Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, ministrado pela Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), correspondente ao ano letivo 2022/2023.

O referido estágio realizou-se em contexto de Intervenção Precoce na Infância (IPI), numa Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI) em Lisboa¹. Numa vertente profissionalizante, totalizando 480 horas, permitiu a aplicação à prática psicológica dos conhecimentos teóricos e competências adquiridos em contexto académico, bem como, a aquisição de novas competências pessoais e profissionais essenciais, enquanto futura Psicóloga, no que respeita às práticas em IPI, ao código deontológico¹, ao trabalho em Equipa e ao acompanhamento e intervenção com Crianças e Famílias.

Visa apresentar todo o trabalho desenvolvido no decurso do mesmo, salientando-se a importância de Intervir Precocemente, no qual se destacam o excelente trabalho desenvolvido diariamente pelas Equipas de Intervenção Precoce, e em particular, o contributo do Psicólogo Clínico, ressaltando a importância da articulação com as redes de suporte formal e informal e o imprescindível, envolvimento das famílias.

A ELI conta com inúmeras parcerias e com uma vasta Equipa Multidisciplinar, cujo público-alvo são crianças dos 0-6 anos referenciadas e as suas respetivas famílias, segundo os critérios de elegibilidade. Encontra-se integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), que presta um conjunto organizado de serviços

¹ De acordo com a Lei de Proteção de Dados Pessoais nº67/98 de 26 de outubro, na elaboração do relatório e em toda a intervenção, foi obtido consentimento informado e assegurada a confidencialidade dos dados pessoais.

sob a responsabilidade de três Ministérios: Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho Solidariedade e da Segurança Social (MTSSS) e Ministério da Educação (ME), cuja principal missão, é garantir a Intervenção Precoce na Infância, assegurando essencialmente a Proteção dos Direitos das Crianças, bem como o desenvolvimento das suas capacidades e o bem estar das respetivas famílias (SNIPI, 2015). O trabalho em IPI com a sua complexidade e diversificação, dispõe de práticas, princípios e modelos específicos. Num ritmo alucinante, com um elevado volume processual, face ao reduzido número de Técnicos, torna-se exaustivo e exigente, constituindo um enorme desafio. Neste período, os momentos de partilha em reuniões de Equipa Multidisciplinar e de supervisão, bem como as partilhas e o trabalho em parceria com as Equipas Educativas (Creche e Jardins de infância) e nomeadamente, com as Crianças e Famílias, traduziram uma excelente oportunidade de aprendizagens e enriquecimento ao nível pessoal e profissional. Importa referir, que no acompanhamento e intervenção psicológica, o estagiário teve como base as práticas e princípios de IPI, tendo utilizado o Modelo Bioecológico, centrado na Criança e na Família, complementando, com o quadro Teórico Humanista, visto os conhecimentos e formação académica do mesmo.

Posto isto, e sendo que a intervenção se destina à 1ª e 2ª Infância, assume grande relevância, visto que, o processo de desenvolvimento na infância é influenciado por fatores que podem ser facilitadores ou inibidores, sendo os cinco primeiros anos de vida cruciais para a organização do cérebro, quer quanto às aquisições muito rápidas como à construção das relações familiares (Antunes, 2018). Neste sentido, a estimulação torna-se fundamental, sendo a altura ideal para a intervenção nos variados contextos, nomeadamente, junto das crianças com alterações nas estruturas ou funções do corpo e/ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, de modo a melhorar o seu desenvolvimento emocional, social, cognitivo e de linguagem (SNIPI, 2015).

De referir, que o Psicólogo, inserido numa Equipa Multidisciplinar é uma mais-valia, assumindo um papel fundamental, na promoção do desenvolvimento biopsicossocial das crianças, na promoção das competências parentais, no bem-estar das famílias, na inclusão e na promoção do bem-estar das equipas.

No que respeita à estrutura do presente relatório, encontra-se dividida em cinco partes. A primeira parte, refere-se à contextualização do local de estágio, no qual se aborda a caracterização da organização e a importância da intervenção do Psicólogo Clínico na ELI. A segunda parte, corresponde ao enquadramento teórico no qual se pretende explorar os principais tópicos da temática de IPI e problemáticas recorrentes. Segue-se a terceira parte, com a apresentação do trabalho desenvolvido em contexto de estágio. Na quarta parte, a explanação dos dois casos clínicos seleccionados, Perturbação do Espectro do Autismo, cada vez mais crescente, e o Síndrome de Noonan, pela pertinência clínica e pelo impacto, no desenvolvimento e inclusão das referidas crianças. Por último, as considerações finais, com a conclusão e reflexão pessoal de toda a prática em contexto de estágio em IPI.

Parte I - Contextualização da Instituição Promotora do Estágio

1.1. Caracterização da Instituição Promotora do Estágio

O estágio académico, vertente profissionalizante, decorreu numa Equipa Local de Intervenção Precoce em Lisboa (ELI), sob a supervisão da Subcomissão de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (SCRLVT), sendo atualmente, a coordenação sob a responsabilidade da representante do Ministério do Trabalho, da Solidariedade e Segurança Social (MTSSS).

Com início a 4 de dezembro de 2022 e término a 30 junho de 2023, perfaz 480 horas, variando de 12 a 22 horas semanais, tendo sido acordado 3^{af} e 4^{fa}, para além de outros dias, segundo necessidade e em articulação com a orientadora, famílias e equipas. Foram desenvolvidas diferentes atividades como: observação, acompanhamento das crianças nos vários contextos naturais, reuniões de equipa, reuniões de avaliação com as famílias e equipas educativas, reuniões com outras entidades (EATL, Casa de Acolhimento da SCML, Centro de Saúde em Lisboa), ainda, consulta de processos, pesquisas, planificação de atividades, registos e elaboração de relatórios. A orientação no local de estágio, esteve sob a responsabilidade da Psicóloga orientadora e a supervisão sob a responsabilidade da Presidente da Subcomissão de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo. O relatório final, sob orientação da Professora Doutora Cláudia Castro.

A referida equipa é uma das 36 existentes na área de Lisboa e Vale do Tejo. Sediada num Centro de Saúde no distrito de Lisboa, desenvolve o seu trabalho em creches, amas, jardins de infância, domicílios ou outros contextos naturais das crianças, numa área geográfica abrangente que compreende sete freguesias no distrito de Lisboa, contando com as seguintes parcerias: Uma Junta de Freguesia, uma Associação de Pais, um ACES, uma Fundação, um Agrupamento de Escolas, Hospitais, entre articulação com outros serviços. É constituída por um total de 20 Técnicos, representantes dos três Ministérios: Técnicos do Ministério da Saúde: Enfermeiras, Médicos Fisioterapeuta,

Assistente Social; Técnicos do Ministério do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social, pela APPT 21: Psicóloga, Terapeutas da Fala (1 a tempo parcial) e Assistente Social (tempo parcial); Técnicos do Ministério da Educação: Docentes; Técnicos de uma Fundação parceira: Psicóloga (tempo parcial), Terapeuta da Fala, Psicomotricista, Assistente Social (tempo parcial), e por último, Técnicos de uma Junta de Freguesia: Psicólogas.

Caracteriza-se como uma Equipa Multidisciplinar, com funcionamento Transdisciplinar, atuando numa Perspetiva Sistémica, Ecológica, Centrada na Criança e na Família. Esta intervém junto de um elevado número de crianças referenciadas, com idades compreendidas entre os 0-6 anos e respetivas famílias, com vista a fomentar a aprendizagem e o bom desenvolvimento da criança, o envolvimento e o desenvolvimento de competências parentais, bem como, a promoção dos recursos das famílias e da comunidade (SNIPI, 2015).

O serviço prestado em IPI, no acompanhamento direto ou em vigilância, tem a duração de cerca de 45/60 minutos. Consiste no apoio quer na área social, da educação e da saúde, nos variados contextos naturais da criança, conforme já citado, segundo as necessidades e prioridades das crianças e famílias, e de acordo com:

Os Crítérios de Prioridade para Elegíveis:

A idade, a integração em contexto educativo, se existe/ou não o acompanhamento de serviço especializado (terapêutico e psicossocial), e se são crianças que integram:

Grupo 1: “Alteração nas funções ou estruturas do corpo”

- i. Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida
- ii. Condições Específicas

Grupo 2: “Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento”

- i. Crianças expostas a fatores de risco biológico
- ii. Crianças expostas a fatores de risco ambiental
- iii. Fatores risco parentais, entre outros
- iv. Fatores contextuais, entre outros.

Neste sentido, em conjunto com a família e equipa educativa, é elaborado o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) (ver anexo e), no qual constam os recursos e necessidades das crianças e famílias, os apoios a prestar, os objetivos a atingir, periodicidade do acompanhamento e as avaliações (SNIPI, 2018). Na avaliação da criança consoante necessidade, são utilizados diversos instrumentos de avaliação:

- Avaliação Ecológica, tais como: observação, anamnese, ecomapa entre outros;
- Avaliação Psicológica: entrevista baseada nas rotinas (EBR), *Portage*, e escalas nomeadamente: Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths II*, entre outras.

De referir, que são utilizados os materiais existentes nos contextos naturais da criança ou construídos materiais, de acordo com os referidos contextos.

1.2. O Papel do Psicólogo Clínico

A Saúde Mental tem sido alvo de grandes preocupações e tema central de muitas investigações. No que respeita à Saúde Mental Infantil e Juvenil urge a intervenção face ao cenário preocupante, quanto ao crescente número de perturbações mentais, abusos de substâncias, maus-tratos, entre outros crimes, quer na fase infantil ou juvenil.

Atualmente, são inúmeros os fatores psicossociais que podem causar sofrimento psicológico e desvios no desenvolvimento psicoafectivo. E estes, estão presentes na fase precoce, estendendo-se ao longo das diferentes fases do ciclo de vida.

No contexto educativo em particular, são os inúmeros os benefícios da intervenção do Psicólogo, junto dos alunos ou da comunidade educativa, face à necessidade de aumentar a satisfação com a vida, melhorar a regulação emocional, dotar de estratégias para resolução de problemas, diminuir o *bullying*, reduzir os problemas emocionais e de aprendizagem, bem como, reduzir os comportamentos de riscos para a saúde, tais como o tabagismo, gravidez precoce, abuso de álcool (OPP, 2018). Posto isto, o acompanhamento e a intervenção por parte de um Psicólogo, são uma prioridade, nomeadamente, junto desta população.

Marques (2001) realça que a Psicologia Clínica, tem como foco principal, aceder aos processos psicológicos de um determinado indivíduo por meio de modelos e métodos de compreensão, interpretação, significação e simbolização, sendo que, estão implícitos os elementos relacionais, de transformação e de crescimento do indivíduo. Sublinha ainda, que os processos mentais dos indivíduos, sendo objeto de estudo da Psicologia Clínica, devem ter em conta a individualidade e a singularidade, principalmente, como seres criadores da sua própria história. Por sua vez, a autora Diniz (2008), reforça que a Psicologia Clínica se debruça sobre os processos psíquicos, mas também pelas pesquisas e deficiências, perturbações de personalidade, comportamento, tendo em conta a etiologia, a personalidade de cada indivíduo e as suas vivências.

Segundo Despacho n.º 11347/2017, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, foi estabelecido como prioridade estratégica o aperfeiçoamento da gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde, sendo os Psicólogos fundamentais quer pela sua competência técnica quer formativa, para o exercício da profissão, em processos de articulação interdisciplinar, de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, eficácia e a segurança dos cidadãos.

Com efeito, a Psicologia conduzirá a ganhos consideráveis na saúde. Inclusive, o

reconhecimento do Ato Psicológico, vem valorizar a Psicologia no campo da Saúde Mental. O Projeto de Regulamento que define o Ato do Psicólogo (Aviso n.º 8456/2019, artigo 5º do Diário da República, 2.ª série, N.º 94, de 16 de maio de 2019) considera que:

1. O Ato do Psicólogo consiste na atividade de avaliação psicológica, que abrange diferentes áreas, incluindo os procedimentos de construção e aplicação de protocolo de avaliação, a elaboração de relatórios de avaliação e a comunicação dos respetivos resultados, acrescendo ainda o diagnóstico, análise, prescrição e intervenção psicológica, abrangendo igualmente, atividades de promoção e prevenção.
2. E são designados Atos Psicológicos praticados por Psicólogos:
 - a) Atividades de diagnóstico, análise, prescrição e intervenção psicoterapêutica não farmacológica;
 - b) Intervenções específicas no âmbito de diferentes contextos quanto a indivíduos, grupos, organizações e comunidades;
 - c) Elaboração de pareceres no âmbito da Psicologia, abrangendo a supervisão do Ato Psicológico, como docente e em investigação;
 - d) Atividades técnico-científicas de ensino, formação, educação e organização com vista à promoção da saúde e prevenção da doença.

De salientar, que a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2016, p.41), considera especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, aquele a quem é reconhecida competência científica na aplicação dos conceitos, metodologias e técnicas da área da clínica e da saúde, nomeadamente no diagnóstico, avaliação psicológica, planeamento, monitorização, intervenção psicológica, consultoria, avaliação da intervenção, conceptualização de caso e investigação dos seus clientes. Deste modo, o Psicólogo, assume grande relevância, contribuindo com a sua competência técnica e formativa,

devendo ser capaz de demonstrar competências primárias, agrupadas nas seguintes categorias funcionais (Europsy,2015).

- i. Especificação de Objetivos
- ii. Avaliação (*assessment*)
- iii. Desenvolvimento
- iv. Intervenção
- v. Avaliação Final (*evaluation*)
- vi. Comunicação

1.2.1.O Papel do Psicólogo Clínico em Contexto de Intervenção Precoce

Das diferentes áreas de atuação: hospitalar, organizacional, escolar, comunitário, entre outras, o Psicólogo, em Intervenção Precoce, desenvolve o seu trabalho em contextos naturais da Criança. Atua num modelo centrado na Criança e na Família, integrado numa Equipa Multidisciplinar, com funcionamento transdisciplinar, na qual é partilhado, diferentes conhecimentos e informações, que fomentam o desenvolvimento saudável das crianças, contribuindo para o bem-estar das mesmas e respetivas famílias, bem como para as Equipas Educativas e Multidisciplinares.

Com base nas diretrizes da Ordem dos Psicólogos Portugueses, (OPP, 2018), e com base no ciclo de Intervenção Precoce na Infância (IPI), cabe assegurar:

- a) A avaliação centrada na família (identificação, avaliação das necessidades, preocupações, valores e expetativas, bem como, promoção das capacidades, competências, recursos e fontes de apoio através da observação, reuniões, elaboração do PIIP, aplicação de alguns instrumentos validados e avaliação final);
- b) A avaliação psicológica da criança (a nível cognitivo, emocional e

psicológico), das características comportamentais e da existência de problemas de saúde psicológica ou do desenvolvimento, com recurso à observação nos contextos e a instrumentos validados para eficaz intervenção;

- c) Promoção do aconselhamento psicológico (através da partilha de informações sobre as características desenvolvimentais e comportamentais da criança, os padrões de relação das famílias e as suas implicações para estas e sistema social alargado), com vista à promoção de estratégias de educação parental, e fomentar relações positivas e de literacia para a família;
- d) O apoio na transição e integração em serviços educativos (berçário, creche, pré-escola e entrada na escola), por meio das avaliações das necessidades educativas da criança, pondo os pais e profissionais sempre ocorrentes de todas as informações para a tomada de decisão sobre a resposta educativa adequada e preparando para as novas mudanças;
- e) A formação de outros profissionais, na partilha de competências e no apoio à formação dos restantes profissionais sobre temáticas como o Desenvolvimento e Psicopatologia Infantil, o trabalho terapêutico com os pais, a Escuta Ativa ou Comunicação Positiva, na promoção de relações de equipa saudáveis e implementação de estratégias de prevenção do Burnout;
- f) A investigação/promoção da literacia e da Inclusão, contribuindo para o desenvolvimento de serviços de IP de qualidade, através da divulgação, de modo a ultrapassar as barreiras sociais conduzindo à Inclusão e à redução do estigma e da discriminação social;
- g) Estar preparado, para a intervenção em situações de crise e emergência, para o trabalho com as famílias, bem como, com os restantes profissionais da equipa e com a comunidade, em situações de crise como suicídios,

homicídios, desastres naturais, violência, abuso sexual, entre outros.

Com efeito, é de extrema relevância o papel do Psicólogo no referido contexto, junto das Crianças e Famílias, bem como, das Equipas Educativas, Comunidade, e igualmente, no seio da Equipa Multidisciplinar, não só, no que concerne à promoção do desenvolvimento biopsicossocial da criança, como à prevenção e remoção de situações de risco/ perigo, promoção do bem-estar das famílias, promoção da inclusão e do bem-estar das Equipas. Reforçam Faria et al. (2020) que o papel da Psicologia Clínica, é irrefutável no desenvolvimento saudável de pessoas, grupos e sociedades.

Deste modo, é possível constatar o grande contributo da Psicologia numa Equipa Multidisciplinar. Um Técnico na área da Saúde Mental constitui uma mais-valia na resposta às diferentes necessidades das crianças e famílias, visto possuir um “olhar diferenciador” quanto ao desenvolvimento infantil, na obtenção de informações sobre os processos mentais, sobre as condições e vivências da família, associadas à Saúde Mental e na promoção de uma parentalidade positiva (Oliveira, 2010). Em suma, constitui-se assim, o Psicólogo, um agente de mudança.

Parte II- Enquadramento Teórico

2.1. Problemáticas Recorrentes em IPI

Durante o período de estágio, foi possível contactar com diversas realidades e diferentes problemáticas, com impacto no desenvolvimento da criança.

Importa antes de mais referir que a área da Saúde Mental Infantil e Juvenil tem assumido grande relevância quer em investigações, novos programas e respostas, e requer, um olhar mais atento, para uma intervenção cada vez mais precoce e eficaz, face às diversas problemáticas e perturbações.

2.1.1. A Saúde Mental Infantil e Juvenil

Na atualidade, constata-se que a Saúde Mental tem ganho cada vez mais destaque, nomeadamente, após a Pandemia Covid-19. Esta crise, resultou num grande impacto a nível mundial, tendo afetado, nomeadamente, crianças e adolescentes, quer ao nível familiar, escolar, social, bem como ao nível da Saúde Mental. Em particular, tem-se vindo a verificar um grande atraso no desenvolvimento infantil e muitas crianças são referenciadas tardiamente. Por outro lado, assistimos a um crescente aumento de indivíduos com elevados níveis de stress, ansiedade, alterações do sono, entre outras perturbações mentais e abuso de substâncias, sobretudo em adolescentes, os mais afetados (OMS, 2019).

Deparamos- nos deste modo, com um cenário alarmante, pelo que, deve ser uma área prioritária ao nível da promoção e intervenção. De notar, que a prevalência das perturbações mentais nesta população, aumentou sensivelmente nos últimos 20 a 30 anos embora os escassos dados, relativamente à população infantil. Mundialmente, cerca de 20% das crianças e adolescentes padecem de problemas comportamentais, desenvolvimentais ou emocionais, sendo que 1 em cada 8, apresenta uma Perturbação Mental (OMS, 2019). Acresce ainda a sinalização de 218.014 jovens, em que a prevalência

de perturbações mentais aponta para cerca de 20% (UNICEF, 2019). Note-se que a nova Lei de Bases da Saúde (LBS, 2019), veio reiterar a importância da Saúde Mental em Portugal. Mais esclarece, que cabe ao Estado a promoção da Saúde Mental das pessoas, na prevenção de doenças e riscos inerentes e na promoção do bem-estar mental, devendo reconhecer a individualidade, necessidades e autonomia, específicos de cada indivíduo.

A salientar ainda, a criação de programas no intuito de proporcionar cuidados de saúde de proximidade e diferenciados, tais como: O Projeto-Piloto de Saúde Mental que inclui uma Equipa Comunitária de Saúde Mental para a população adulta (ECSM-PA) e uma Equipa Comunitária de Saúde Mental para a Infância e Adolescência (ECSM-IA) (Despacho n.º 2753/20209, de 21 de fevereiro, Orçamento do Estado para 2020); e o Programa GASMI (Grupos de Apoio à Saúde Mental Infantil), implementado na região do Algarve, destina-se a crianças dos 3 aos 12 anos e respetivas famílias, que apresentem alterações clinicamente significativas, ao nível emocional, comportamental, e ou social que comprometam a sua Saúde Mental e bem-estar.

A Entidade Reguladora de Saúde (ERS), esclarece que o planeamento da política de Saúde Mental está assente em três instrumentos basilares: O Plano Nacional de Saúde; o Plano Nacional de Saúde Mental e os Planos Regionais de Saúde Mental.

De acordo com a análise de informação por parte da ARS, têm sido desenvolvidas diligências no sentido de uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde nas diversas faixas etárias, como o reforço dos serviços, tais como: as Linhas de Apoio Psicológico, o Gabinete de Crise, consultas adicionais e não presenciais, Grupos de Apoio à Saúde Mental Infantil, entre outras (ERS, 2023).

Com efeito, a Organização Mundial de Saúde (2014), considera que a Saúde Mental não se reduz à ausência de doença, mas corresponde a um estado de bem-estar físico, mental e social, em que cada indivíduo com o seu potencial, consegue gerir

a sua vida positivamente, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade onde se insere.

Portugal é dos países da UE com maior prevalência de perturbações psiquiátricas. A ausência de Saúde Mental na referida população irremediavelmente acarreta efeitos marcadamente negativos, na medida em que contribui para o aumento de perturbações do sono, depressão, abuso de substâncias, risco de delinquência, problemas escolares (absentismo, fraco desempenho escolar, abandono, gravidez precoce, entre outros). A não esquecer ainda, que se assiste cada vez mais, a um aumento significativo de crimes, tais como, violência, abusos, desaparecimentos, exploração e pobreza infantil, ainda, suicídios, com impacto significativo no desenvolvimento emocional, intelectual e social das crianças e jovens (OMS, 2014).

Não existem dúvidas quanto à importância da proteção e promoção dos direitos à saúde, à educação e à proteção social. No entanto, constata-se que é notório a negligência existente neste campo, embora as evidências científicas da importância da Saúde Mental das crianças e jovens para o seu desenvolvimento.

2.2. As Perturbações do Desenvolvimento na Infância

É particularmente na 1ª Infância, que surgem algumas perturbações, constatando-se algum défice numa determinada área/competência que condiciona o bom desenvolvimento da criança. São deste modo, inúmeros os fatores de riscos (biológicos, familiares, ambientais) bem como inúmeras, as perturbações do desenvolvimento, com impacto a vários níveis, manifestos desde cedo, antes da entrada na escola. Assim, torna-se importante, intervir atempadamente, visto a influência nas diferentes fases da vida do indivíduo, uma vez que, cada ciclo de vida é influenciado, pelo que ocorreu antes, tendo impacto no que se sucede (Papalia, 2000, p.31).

As Perturbações do Neurodesenvolvimento, (PND) consistem em alterações neurobiológicas no desenvolvimento típico da criança que podem estar presentes desde o nascimento, ou manifestarem-se mais tarde, afetando a cognição, a comunicação, a linguagem, a motricidade, a atenção, a socialização, o comportamento, a aprendizagem escolar, a autonomia, entre outras áreas. De entre as várias PND, as mais frequentes são: Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação da Linguagem, Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade e Perturbação da Aprendizagem (McWilliam, 2010).

De acordo com Franco e Apolónio (2010), contribuem para um desenvolvimento atípico da criança, a situação de exposição da criança a fatores de risco e a existência de perturbações e disfunções.

No que respeita aos fatores de risco, os autores consideram que existem os seguintes fatores de risco:

- Fatores de risco biológico como o pré-natal, perinatal e pós-natal, bem como os fatores relacionados com a questão de saúde materna e familiar, nomeadamente a saúde do bebé antes e depois do nascimento;
- Fatores de risco familiares, que englobam tudo o que seja promotor de desenvolvimento atípico no contexto familiar;
- Fatores de risco ambientais que inclui todos os riscos a que a família se encontra exposta.

No que respeita às perturbações e disfunções, enumeram:

- As perturbações do desenvolvimento: motor, visuais, auditivas, psicomotoras, atraso de desenvolvimento, cognição, comunicação e da linguagem, expressão somática, emocionais, regulação do comportamento, espectro do autismo, multideficiências e outras;

- As problemáticas relacionadas com a família, tais como: as perturbações da interação, as formas da relação família e criança;
- As perturbações e disfunções associadas ao ambiente como: a pobreza, negligência, maus-tratos, entre outros.

De acordo com CID- 11, as Perturbações do Neurodesenvolvimento (PND), incluem:

- Anomalias estruturais de desenvolvimento que afetam principalmente um sistema corporal
- Anomalias ou síndromes múltiplas de desenvolvimento
- Anomalias cromossómicas, excluindo mutações genéticas
- Distúrbios mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico
- Perturbações do desenvolvimento neurológico (BlockL1-6A0)
- 6A00- Perturbações de desenvolvimento intelectual
- 6A01- Perturbações do desenvolvimento da fala ou da linguagem
- 6A02- Perturbação do espectro do autismo
- 6A03- Perturbações de aprendizagem do desenvolvimento
- 6A04- Perturbações de coordenação motora de desenvolvimento
- 6A05- Transtorno de défice de atenção e hiperatividade
- 6A06- Perturbação do movimento estereotipado
- 6A0Y- Outras doenças neurodisciplinares específicas
- 6A0Z- Perturbações do desenvolvimento neurológico, não especificadas

Seguem abaixo algumas problemáticas recorrentes em estágio, com impacto no desenvolvimento da criança:

- Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA);
- Perturbação do Espectro do Autismo (PEA);

- Prematuridade;
- Complicações Neonatais Graves;
- Atraso de Desenvolvimento nos vários domínios (linguagem, motora, cognitiva, socio-emocional);
- Síndrome de *Noonan*;
- Perturbações de Sono, entre outras.

Neste âmbito, segue em particular, uma breve caracterização, quanto à Perturbação do Espectro do Autismo e ao Síndrome de *Noonan*, cujos casos, serão apresentados na parte IV.

2.2.1. Perturbação do Espectro do Autismo

De acordo com a Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA-Lisboa):

” A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma condição clínica presente desde a infância e de carácter permanente, decorrente de alterações no desenvolvimento e na maturação do sistema nervoso central, que acarreta um funcionamento cognitivo e sócio- comunicacional atípico.”

Estudos realizados em outros países, demonstram que nos últimos 30 anos, tem-se vindo a constatar um aumento significativo de casos de autismo (Elsabbagh, 2012; Fombonne, 2011). Este facto deve-se essencialmente, a uma maior consciencialização relativamente ao autismo, mudanças significativas nos critérios de diagnóstico da perturbação e a diagnósticos cada vez mais precoces.

Em Portugal, o estudo realizado por Oliveira (2005), demonstrou uma prevalência da condição, em uma em cada mil crianças, em idade escolar. Segundo a Associação de Apoio e Inclusão ao Autista, atualmente a estimativa aponta para cerca de 63300 pessoas,

com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA).

Com base no CID-11:

- 6A02- Perturbação do Espectro do Autismo (em substituição do Código F84.0) é caracterizado por:
 - Défices persistentes no início e na manutenção da comunicação social e das interações sociais recíprocas, fora da faixa esperada de funcionamento típico, dada a idade e o nível de desenvolvimento intelectual do indivíduo.
 - As manifestações específicas desses déficits, variam de acordo com a idade cronológica, a capacidade verbal e intelectual e a gravidade do distúrbio. Podem incluir limitações quanto:
 - À compreensão, interesse ou respostas inadequadas às comunicações sociais verbais ou não-verbais de outras pessoas;
 - Integração da linguagem falada com dicas não-verbais, tais como contato visual, gestos, expressões faciais e linguagem corporal;
 - Compreensão e uso da linguagem em contextos sociais e capacidade de iniciar e manter conversas sociais recíprocas;
 - Consciência social, que conduz a comportamentos que não se adequam com o contexto social;
 - Capacidade de imaginar e responder aos sentimentos, estados emocionais e atitudes dos outros;
 - Partilha mútua de interesses;
 - Capacidade de estabelecer e manter relacionamentos típicos entre pares.
 - Padrões persistentes de comportamento, interesses ou atividades restritos, repetitivos e inflexíveis atípicos ou excessivos para a idade e contexto

sociocultural do indivíduo.

Poderá incluir:

- Falta de adaptabilidade a novas experiências, com sofrimento associado;
- Adesão inflexível a rotinas específicas (e.g. exigir horários das refeições ou transporte);
- Aderência excessiva às regras (e.g. nos jogos);
- Padrões de comportamento ritualizados excessivos e persistentes (e.g. alinhar ou classificar objetos de uma maneira sem propósito aparente);
- Movimentos motores repetitivos e estereotipados, particularmente comuns na primeira infância (e.g. balançar, andar na ponta dos pés, movimentos e posturas incomuns das mãos ou dos dedos);
- Preocupação persistente com um ou mais interesses especiais, partes de objetos ou tipos de estímulos como a televisão ou um forte apego a objetos em particular;
- Hipersensibilidade ou hiposensibilidade excessiva e persistente ao longo da vida a variados estímulos sensoriais ou interesse incomum em um estímulo sensorial incluindo sons, luz, texturas, odores e sabores, calor, frio ou dor.

Poderão ainda apresentar limitações nas habilidades intelectuais e funcionais da linguagem. No caso de diagnóstico, separado de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, devem ser designados a gravidade (Leve, Moderado, Grave, Profundo, Provisório). Se não existir nenhum diagnóstico em simultâneo, devem ser aplicados alguns qualificadores para o diagnóstico do Espectro, quanto ao Grau de

comprometimento funcional da linguagem que se refere à capacidade do uso da linguagem para fins instrumentais (e.g. expressar necessidades, desejos pessoais).

Pretende-se aferir a extensão do comprometimento funcional da linguagem (falada ou sinalizada) em relação à idade do indivíduo:

- Com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional.
- Com linguagem funcional prejudicada, em que é expressa a incapacidade de usar mais do que palavras ou frases simples.
- Com ausência completa ou quase completa de linguagem funcional.

1) Sem perturbação do Desenvolvimento Intelectual:

- 6A02.0 - Sem perturbação do Desenvolvimento Intelectual com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional.
- 6A02.2- Sem perturbação do Desenvolvimento Intelectual com comprometimento da linguagem funcional

2) Com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual:

- 6A02.1- Com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional.
- 6A02.3- Com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual com comprometimento da linguagem funcional.
- 6A02.3- Com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual com ausência completa ou quase completa da linguagem funcional.

Ainda outros códigos, quando os parâmetros acima não se aplicam:

- 6A02.Y - Outro Transtorno Específico do Espectro do Autismo.
- 6A02.Z - Transtorno do Espectro do Autismo Não Especificado.

Existem por outro lado, mais dois qualificadores no caso de perda de habilidades cognitivas e adaptativas (e.g. perda de controle intestinal, sono prejudicado), regressão de

habilidades sociais e de linguagem, aumento de perturbações emocionais e comportamentais.

- 6A02.x 0 - Sem perda de habilidades previamente adquiridas
- 6A02.x1- Com perda de habilidades previamente adquirida

Etiologia

Consta que as diferenças na estrutura e função cerebrais constituem a base da etiologia da Perturbação do Espectro do Autismo. Existem diferenças ao nível do cerebelo, no hipocampo, no córtex frontal e nos núcleos do tronco encefálico.

Embora as causas específicas continuem ainda pouco claras, as evidências apontam para fatores genéticos relacionados aos recetores de neurotransmissores (serotonina, ácido gama-aminobutírico [GABA]) e controle estrutural do sistema nervoso central (genes *HOX*. No entanto, existem casos associados ao síndrome da rubéola congênita, doença de inclusão citomegálica, fenilcetonúria, complexo esclerose tuberosa ou síndrome do X frágil.

O risco de pais com criança autista terem outro filho com a mesma perturbação, é de cerca 3 a 10%, sendo maior (aproximadamente 7%) no caso do sexo feminino e menor, (4%) no caso do sexo masculino. Em gémeos monozigóticos a taxa é mais elevada (Sulkes, 2022).

Diagnóstico

Por norma realiza-se na infância e na idade escolar, em consultas de Pediatria do Neurodesenvolvimento, de Pedopsiquiatria ou de Neuropediatria com base nos dados da história da criança e da família, observação, exames como o eletroencefalograma e outros testes específicos.

A gravidade dos sintomas varia consoante o grau de funcionalidade e da

necessidade de suporte e é baseada nos sintomas/comportamentos definidos. De referir, que existem comorbilidades tais como: incapacidade intelectual, PHDA, perturbação de integração sensorial e perturbações de ansiedade e do sono.

- Avaliação clínica com base nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição (DSM-5) ou CID 11.
- Efetuar testes de:
- Rastreamento tais como: o *Social Communication Questionnaire*) e a *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up (M-CHAT-R/F)*;
- Diagnósticos de padrão formais, como o *Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition (ADOS-2)*, a *Childhood Autism Rating Scale- Second Edition (CARS2)*;
- Mas existem ainda outros recursos, como exames metabólicos e genéticos com vista à identificação de doenças hereditárias.

Terapêutica

O tratamento desta perturbação exige um contributo multidisciplinar. Existem vários modelos de intervenção e estratégias comportamentais.

- Análise comportamental aplicada (ACA)

Trata-se de uma abordagem que visa a aprendizagem de habilidades cognitivas, sociais.

Nos Estados Unidos, a ACA faz parte de um Plano Educacional Individualizado (IEP).

- Modelo *Developmental Individual-differences, Relationship-based* (DIR), denominado por *Floortime*

Trata-se de uma abordagem muito intensiva com base no comportamento com foco na construção de habilidades de interação social entre outras;

- Avaliação e acompanhamento por diversos técnicos, tais como: Técnicos de Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Psicólogo, Pedopsiquiatra, Técnico de

Intervenção Precoce, com recurso a diversos métodos, estratégias, uso de dispositivos de comunicação na promoção do desenvolvimento nos vários níveis;

- Terapia medicamentosa- A medicação é fundamental no alívio dos sintomas. Variam desde os fármacos antipsicóticos atípicos como o risperidona, aripiprazol no alívio dos problemas comportamentais (comportamentos ritualísticos, autoprejudiciais e agressivos), inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) nos casos de comportamentos ritualísticos; estabilizadores de humor como o valproato para comportamentos intempestivos e de autolesão; estimulantes e outros fármacos para Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) na desatenção, impulsividade e hiperatividade;
- Dietas. Incluem suplementos vitamínicos e dieta livre de glúten e sem caseína (Donovan & Basson, 2017).

2.2.2. Síndrome de Noonan

A Síndrome de *Noonan*, é uma doença genética que resulta em inúmeras anomalias físicas, nomeadamente, baixa estatura, defeitos cardíacos e aparência anormal. Pode ser herdada por um dos pais com um gene afetado, ou mesmo, não sendo afetados (Powell, 2021).

Jacqueline Noonan, foi a primeira Cardiologista Pediátrica da Universidade de Iowa, que descobriu um tipo raro de defeito cardíaco que denominou de Estenose da Válvula Pulmonar. Esta foi posteriormente, denominado oficialmente, por Síndrome de *Noonan*. Inicialmente, confundida com as doenças de Turner e de Costello, dado às características semelhantes e ao difícil diagnóstico. Contudo, Noonan e Ehmke, após investigações com pacientes, chegaram à conclusão que os mesmos apresentavam estenose valvar pulmonar associada à baixa estatura, dismorfismo, facial e atraso mental

moderado (Noonan & Ehmke, 1963, citado por Medina, 2018). Com efeito, após sugestão de Optiz (1965) passou a ser identificada como *Noonan*. Assim, trata-se de uma doença genética rara, caracterizada por vastas manifestações clínicas que afetam múltiplos sistemas do corpo humano, causada por mutações em genes, sendo o mais implicado, o gene PTPN11, associada à regulação do crescimento e desenvolvimento.

Segundo Medina (2018), esta síndrome é relativamente comum e estima-se uma prevalência em cerca de uma em cada 1.000 a 2.500 pessoas, quer do sexo masculino como do sexo feminino, chegando a igualar-se à Síndrome de *Down*, 1 por 700. De referir, que um grande marco na Educação Inclusiva, deu-se após a Declaração de Salamanca (1994) e à implantação do Estatuto do Deficiente (2015), em que as crianças com a síndrome, iniciaram a frequência no ensino. No entanto, é de salientar que sendo o acolhimento fundamental, é de extrema importância a criação de melhores condições de aprendizagem, fomentar o desenvolvimento das capacidades das referidas crianças, e imprescindível, a formação dos educadores, professores e restante equipa educativa.

Com base no CID-11:

LD2F.1 Síndromes com múltiplas anomalias estrututrais, não de origem Ambiental

LD2F.15- Síndrome de *Noonan* caracteriza-se por:

- Baixa estatura, dimorfismo facial e defeitos cardíacos congénitos.
- As principais características faciais são: hipertelorismo com fissuras palpebrais inclinadas para baixo, ptose e orelhas de inserção baixa e rotacionadas posteriormente com uma hélice espessada.
- Os defeitos cardiovasculares mais comumente associados a esta condição são: a estenose pulmonar e a cardiomiopatia hipertrófica.
- Outras características associadas são: pescoço alado, deformidade torácica, déficite intelectual leve, criptorquidia, má alimentação na infância, tendência a

sangramento e displasia linfática.

Etiologia

Com etiologia ainda imprecisa, os estudos apontam que a síndrome pode ser causada por mutações, com ativação, em genes na via de transdução de sinal Ras/proteína quinase ativada por mitógenos (MAPK), sendo implicados os genes SOS1, RAF1, RIT1, RASA2, LZTR1, SOS2, CBL, KRAS, NRAS, BRAF, PPP1CB e MAP2K1, e particularmente, o gene PTPN11.

Diagnóstico

No diagnóstico desta síndrome, deve ser levado em conta a história familiar positiva, a baixa estatura, características faciais dismórficas e criptorquidia. Outros fatores a ter em atenção são: anormalidades identificadas no pré-natal, deformidade torácica, atraso no desenvolvimento/dificuldade de aprendizagem, anomalias esqueléticas e igualmente importantes, a história familiar de Síndrome de Noonan e a idade paterna avançada.

A este propósito, da observação e prática em contexto, foi possível efetuar o levantamento das necessidades ao nível das crianças, famílias, das Equipas educativas e da ELI.

Necessidades das Crianças:

As necessidades educativas específicas deste público-alvo, como já mencionado, resultam do atraso global de desenvolvimento dado à existência de falhas em atingir os marcos de desenvolvimento em diversas áreas. As problemáticas variam desde a Prematuridade (crianças nascidas com menos de trinta e sete semanas e peso abaixo dos 1500g), a um amplo quadro de perturbações de neurodesenvolvimento, com impacto a nível pessoal, social, escolar, ocupacional, manifestos antes de transitarem para o 1º ciclo. Variam desde Perturbações de Desenvolvimento Intelectual (PDI)/Incapacidade

Intelectual: Atraso global de Desenvolvimento (AGD) e a PDI não especificada; as Perturbações da Comunicação que compreende alterações na linguagem, fala e comunicação; as Perturbações do Espectro do Autismo que compreende alterações a nível da socialização, comunicação social e comportamento; as Perturbações de Défice de Atenção e Hiperatividade (PHDA); as Perturbação Específica da Aprendizagem (compreende dificuldades no desenvolvimento das aprendizagens escolares); as Perturbações Motoras relacionadas com o movimento e outras PND não especificadas. Existem ainda alguns problemas relacionados ao comportamento (quanto a regras e limites, lidar com frustrações e birras).

Necessidades das Famílias:

Sendo as famílias, os primeiros agentes de socialização, são a base para a aprendizagem e para o bom desenvolvimento, competindo-lhes a tomada de decisões e intervenções, pelo que, é crucial o envolvimento parental e posterior avaliação. As principais necessidades sentidas prenderam-se com:

- Necessidade de estratégias para ajudar/lidar com os filhos, ao nível do comportamento (parentalidade positiva);
- Necessidade de mais redes de apoio, bem como de melhoria na articulação com os mesmos (suporte formal e informal);
- Necessidade de acompanhamento terapêutico, em contexto clínico (contexto este que não se aplica ao trabalho em IPI).

No que respeita às necessidades das Equipas Educativas, verificaram-se na sua maioria:

- Necessidade de trabalho terapêutico individualizado com as crianças fora das salas (prática fora de contexto de IPI)

- Necessidade de uma maior frequência e de um nº mais alargado de resposta, a crianças em sala;
- Necessidade de maior número de estratégias para um bom funcionamento das rotinas em sala e desenvolvimento das respetivas crianças;

Por sua vez, as Equipas Locais de Intervenção:

- Necessidade de maior divulgação do trabalho em IPI junto das Equipas Educativas, famílias, comunidade;
- Necessidade de maior envolvimento parental;
- Necessidade de maior aceitação e colaboração por parte das equipas educativas (visto se verificar, ainda que, embora em minoria, existe resistência e ideias erróneas quanto ao trabalho de IP);
- Necessidade de maior número de formações, no intuito de acompanhar as constantes exigências e assegurar a uniformização de procedimentos junto dos técnicos das diferentes áreas;
- Grande necessidade de contratação de um maior número de Técnicos, face à demanda.

De concluir assim, as inúmeras necessidades sentidas por parte dos intervenientes, a ter em especial atenção, para uma intervenção eficaz.

2.3. Temáticas Pertinentes que Fundamentam as Práticas em IPI

2.3.1. A Importância de Intervir Precocemente

É na primeira infância, que se verificam inúmeras perturbações do desenvolvimento, que podem afetar diferentes áreas, bem como, inúmeros os fatores de risco (biológico, familiar ou ambiental) com grande impacto no desenvolvimento da criança.

Realçam, Fox, Levitt e Nelson (2010), serem fundamentais os primeiros anos, visto constituírem, uma verdadeira janela de oportunidade, dado ao período de grande sensibilidade ao ambiente que o rodeia, ao ritmo alucinante de aquisição de aprendizagens e sendo fundamental, na modelagem da estrutura e função do cérebro.

Face ao exposto, e no âmbito do estágio, foi possível constatar, as inúmeras perturbações e outros fatores de risco. De referir ainda, o crescente número de referenciações ao SNIPI, pelo que, a intervenção é imprescindível, segundo as especificidades e necessidades de cada família.

2.3.2. Intervenção Precoce na Infância

Conceito

Dunst, (p.179), caracteriza a IPI como uma forma de apoio prestado pelos membros de redes sociais de suporte formal e informal, destinadas às crianças em idades precoces e suas famílias, com impacto direto e indireto sobre o funcionamento dos pais, da família e da criança.

A *European Agency for Special Needs Education* (2005, p. 17), define a IPI, como “um conjunto de serviços/recursos para crianças em idades precoces e suas famílias, que são disponibilizados quando solicitados pela família, num certo período de vida da criança, incluindo qualquer ação realizada quando a criança necessita de apoio especializado para: assegurar e incrementar o seu desenvolvimento pessoal; fortalecer as auto competências da família; promover a sua inclusão social”. Reforça ainda, que as

ações numa abordagem em contexto natural das crianças, devem ser realizadas por uma Equipa.

Multidimensional orientada para a família.

De acordo com o SNIPI (2015), a Intervenção Precoce é um conjunto de medidas de apoio da área social, da educação e da saúde, destinado a crianças entre os 0 e os 6 anos, bem como às famílias, com vista, à melhoria das oportunidades de aprendizagem da criança, fortalecimento das competências das famílias e promoção dos recursos das mesmas.

2.4. Princípios orientadores em IPI

Na prática desenvolvida em Intervenção Precoce, importa mencionar os princípios que espelham a filosofia da intervenção centrada na família, segundo as necessidades e prioridades das mesmas (*Workgroup on principles and Practices in Natural Environments*, 2008):

- A aprendizagem de crianças pequenas é mais eficaz através das experiências diárias e nas interações familiares, em contextos familiares;
- Todas as famílias com apoios e recursos necessários são capazes de contribuir para o desenvolvimento e aprendizagem das crianças;
- O mediador de caso busca apoiar e trabalhar com os membros da família e prestadores de cuidados (educadores, amas, entre outros) nos projetos de vida das crianças;
- O processo de IPI deve ser dinâmico e individualizado, refletindo as preferências, estilos de vida e crenças culturais das famílias;
- Os objetivos do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) visam ser funcionais, baseado nas necessidades e prioridades das crianças e suas

famílias;

- O mediador de caso, em articulação com a Equipa Transdisciplinar atende mais eficazmente, as prioridades, necessidades e interesses das famílias;
- A intervenção com as crianças e as famílias devem basear-se em princípios explícitos, práticas validadas e legislação importante.

2.5. Contributo dos Modelos Teóricos de referência em IPI

A Intervenção Precoce sofreu grandes alterações ao longo dos tempos tendo sempre a preocupação de acompanhar a evolução dos modelos teóricos que foram a base de fundamentação para as práticas em IPI. Estas foram sendo consolidadas, sendo orientadas não unicamente para a criança, mas centradas no contexto e na família.

Os primeiros programas de Intervenção surgiram em 1960 nos EUA. O modelo denominado de 1ª geração, era de cariz biomédico, terapêutico, monodisciplinar, destinado a crianças com problemas sociais, mais tarde, estendendo-se também a crianças com deficiência (Pinto et al., 2008). Contudo, com os avanços tecnológicos e investigações e face à necessidade de reformulação dos programas, surge na década de 70, o modelo de 2ª geração assente em modelos ecológico-sistémico e bio- ecológico (Pinto et al., 2008).

De salientar que só na década de 80, surge em Portugal, os primeiros programas. Neste sentido constituíram como base de fundamentação para as práticas em IPI, os seguintes Modelos Teóricos:

2.5.1. A Abordagem Sistémica da Família de Von Bertalanffy

A Abordagem Sistémica tem como base a Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy (1968). Esta defende que todos os sistemas vivos compostos por um conjunto de elementos são interdependentes entre si. No entanto qualquer mudança num elemento poderá afetar os outros (Correia & Serrano, 1996, p.18, Serrano & Correia, 2000, p.18). Neste sentido, a família é vista como um todo e a mudança num elemento, tem impacto automático,

resultando na mudança de todos os outros, dentro do mesmo sistema.

2.5.2. O Modelo Transacional de Sameroff e Chandler

Sameroff e Chandler (1975) propõe um modelo inovador que defende o desenvolvimento da criança como resultado das interações contínuas e dinâmicas, entre a criança e as experiências do meio na qual está inserida.

As condições do meio são consideradas favoráveis ou desfavoráveis, tendo impacto direto no desenvolvimento e exigindo uma constante reorganização (Sameroff & Fiese, 1990, p.123). Assim, o desenvolvimento, não se limita às características da criança, mas é resultado das interações dinâmicas e contínuas, entre a criança e o meio (Sameroff & Fiese, 1990, p.123) tendo em conta, as características genéticas.

Nesta perspectiva, o comportamento da criança é mediado por três níveis ou sistemas reguladores (Carvalho, 2004; Almeida, 2009 cit. por Sameroff & Fiese, 1990 cit. por Póvoa, 2012, p.8):

- Fenótipo- representa a criança com as suas características individuais, em constante mudança ao longo do seu processo de desenvolvimento;
- Genótipo - diz respeito ao nível de organização biológico que regula o desenvolvimento físico da criança;
- Mesótipo- representa o nível de organização social que regula o ajustamento da criança à sociedade através dos padrões familiares e culturais.

Com efeito, as regulações desenvolvimentais estão organizadas em três categorias:

1. Macrorregulações respeita a mudanças importantes ao longo do tempo que proporcionam as condições básicas para a socialização consoante cada cultura;
2. Minirregulações respeita a atividades da rotina diária, tais como alimentação, o vestir, a higiene, entre outros;
3. Microrregulações, consistem em interações momentâneas entre a criança e o

cuidador.

Constata-se assim a importância do meio e o seu impacto no comportamento e desenvolvimento da criança, exigindo estratégias de intervenção adequadas, tendo em conta o sistema regulador. Neste âmbito, é classificado três categorias de intervenção “3 Rs da intervenção:

1. Remediação na qual se dá a adequação da criança a uma situação pré-existente;
2. Redefinição que consiste na busca de interações parentais mais ajustadas;
3. Reeducação que respeita à aprendizagem de competências parentais (Pacheco, 2013, p.8).

Deste modo, verifica-se a importância do modelo na redefinição de objetivos e estratégias em IPI e a associação existente, entre o comportamento, o desenvolvimento da criança e o meio onde se insere (Pacheco, 2013, p.8).

2.5.3. O Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano

Urie Bronfenbrenner (1979) apresenta o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, que salienta a importância das relações dinâmicas e recíprocas e o meio no qual a criança se insere, visto ser determinante para o seu desenvolvimento. Assim, tendo em conta os diferentes contextos e relações que se estabelecem, defende que o contexto de desenvolvimento se organiza em quatro sistemas ordenados de forma hierárquica (Tegethof, 2007, pp.45-56):

1. Microssistema – respeita aos diferentes contextos nos quais a criança consiste em interrelações e processos as relações significativas de forma recíproca e afetiva (e.g., creche, casa entre outros);
2. Mesossistema- respeita às interrelações e processos estabelecidos entre dois ou mais cenários nos quais a criança se insere (e.g. casa e creche);
3. Exossistema - refere-se às interrelações e processos englobados em contextos nos

quais a criança não se encontra inserida mas que a afeta (e.g. decisões tomadas pela escola);

4. **Macrossistema**- consiste em ideologias, sistema social, conjunto de valores culturais e normativos do indivíduo de uma determinada cultura ou subcultura.

Figura 1- *Sistema ecológico do desenvolvimento humano*

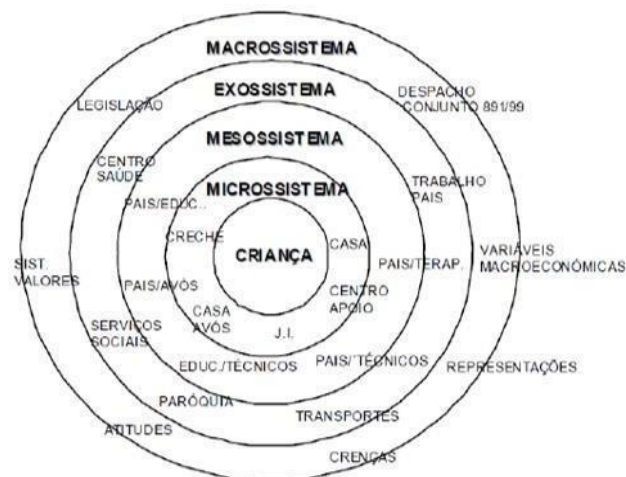


Figura 1-Sistema Ecológico do Desenvolvimento Humano

(Fonte: Bronfenbrenner, 1992, p.40.)

Contudo, face à necessidade de reformulação do referido modelo e dado a importância dos processos:

Proximais que consistem nos processos que ocorrem nos contextos imediatos onde a criança se insere com impacto no seu desenvolvimento; e Distais, que dizem respeito aos contextos mais afastados com influência indireta no desenvolvimento da criança (Póvoa, 2012, p.8).

Conduziu assim, em 1989, ao surgimento do seguinte do Modelo Bioecológico.

2.5.4. O Modelo Bioecológico

Este modelo integra conceitos do anterior modelo de Sameroff, com ênfase nas características biológicas, psicológicas e do comportamento da criança, sendo a tônica nas interações da criança e nos processos no contexto imediato. Prevê assim que o indivíduo ao longo do ciclo de vida passa por diferentes transições ecológicas e destaca quatro componentes: o Processo (interações), a Pessoa (com características próprias), o Contexto (ambiente) e o Tempo (período histórico em que ocorre) que influenciam positiva ou negativamente, o desenvolvimento social das crianças (Tegethof, 2007, p. 48).

Nesta perspectiva ecológica-transacional, e dado à complexidade do desenvolvimento e à necessidade de respostas adequadas às crianças e famílias, foi necessária reorganização da prática e de serviços em IPI, pelo que, implicou a criação de novos programas, a criação de legislação e de novos instrumentos de avaliação (Bairrão e Alves, 2003, p.16).

2.5.5. O Modelo de Apoio Centrado na Família

Nesta sequência, em 1980, surge numa perspectiva ecológica, o modelo alargado às famílias e à comunidade: o Modelo de Apoio Centrado na Família de Dunst et al., Trivette e Deal, que visa o apoio às famílias, um maior envolvimento e fortalecimento do núcleo familiar (Correia e Serrano, 1999, pp.145-146; Serrano, 2007, pp.40). Este modelo, grande contributo de Dunst, dá ênfase a dois conceitos fundamentais: *Empowerment* que consiste no aumento de competências parentais e o *Enablement* que se refere à capacitação (poder da família). Com efeito e de acordo com o Manual de IPI, o Modelo de Intervenção Centrado na Família, está na base do envolvimento da mesma no processo interventivo com enfoque no papel central que detêm, traduzindo-se em resultados mais positivos e eficazes, seja a nível do desenvolvimento da criança como a nível do *empowerment* das famílias, o que resulta numa maior inclusão (Dunst, 2000).

Adverte Dunst e colaboradores (1988, p.51) que no processo de avaliação e intervenção com base nos princípios, há que ter em conta, o seguinte modelo de Avaliação e Intervenção, sendo fundamental: Identificar as necessidades, aspirações e projetos da família; identificar os pontos fortes e capacidades bem como o funcionamento familiar; fazer um mapa de rede social pessoal da família a fim de identificar as fontes de apoio e recursos para fazer face às necessidades; e, assumir uma série de papéis diferentes com vista à capacitação e corresponsabilização da família.

Todavia, o autor atento às investigações e ao desenvolvimento do modelo, em 2000, vem reformular alguns conceitos com base nas evidências, objetivando eliminar dúvidas quanto aos alvos de intervenção (crianças e famílias), o que resultou no modelo designado, Modelo de Terceira Geração:

2.5.6. Modelo de Intervenção Precoce de Terceira Geração

Este modelo por sua vez, preconiza as oportunidades de aprendizagem que promovam aquisição de competências os apoios às funções parentais que promovam a capacitação dos pais ou cuidadores; os apoios familiares e comunitários que incluam recursos intrafamiliares, informais, formais e comunitários.

Em conclusão, os modelos citados foram a base para as práticas em IPI e segundo Almeida (2004, p.65), a tónica está assente na mudança do alvo de intervenção da criança para a família, sendo esta percecionada como um todo, como recetora e agente ativo do programa e tendo, um papel decisor em todo o processo.

Conforme já anteriormente citado, o trabalho desenvolvido em IPI, centra-se, nos contextos naturais da criança, com as aprendizagens diárias nas suas rotinas e no envolvimento das famílias. Assim, rege-se por um leque de práticas recomendadas a fim de nortear a intervenção técnica:

As intervenções são centradas na família e baseadas nas rotinas, uma vez que, esta possui

um papel relevante, decisor, participativo em todo processo. Sendo cada família única, as práticas visam responder às prioridades e objetivos da mesma, de forma individualizada, em parceria, com vista à promoção das competências e bem-estar das mesmas (MC William, 2003);

As intervenções são em contextos naturais da criança, tais como: contexto escolar, domicílio ou outro, para uma maior eficácia. A salientar, a importância das redes sociais para a obtenção de apoio e recursos para a satisfação das necessidades (DEC, 2014);

O trabalho em Equipa assenta num Modelo Multidisciplinar, com um funcionamento Transdisciplinar, com enfoque numa maior resposta de qualidade com especial atenção à Equipa e ao seu funcionamento.

Um mediador por caso, visto crianças e famílias com necessidades multifacetadas, carecerem de respostas dos vários profissionais; exigindo integração de serviços e recursos (Almeida, 2009).

Figura 2- *Modelo integrado de IPI*



Figura 2- *Modelo integrado de IPI (adaptado de Dunst, 2000)*

Segundo Dunst (1998), realça-se que para uma ajuda eficaz, existem três componentes significativas: Qualidade técnica que envolve os conhecimentos teóricos e práticos do profissional; práticas relacionais encontrando-se ligadas às características e representações interpessoais do profissional, nomeadamente a escuta ativa, empatia, afeto, crenças acerca das competências das famílias; e por último, práticas participativas que implicam boas competências e comportamentos por parte dos profissionais no que

respeita à comunicação e relação, para um melhor envolvimento participativo das famílias.

2.6. Práticas Centradas na Família

Em IPI, a família encontra-se no centro da intervenção, pelo que, exigiu uma mudança de paradigma no que respeita à prestação de serviços de apoio a crianças com dificuldades e na conceção de Família (Carvalho, 2004).

Segundo Trivette e Dunst (2005), a abordagem centrada na família é uma filosofia e um conjunto de práticas cujo foco central é a Família e a promoção das suas forças e capacidades. Assim, a família é a base fundamental para qualquer indivíduo.

Relvas (2003), salienta que a família é um sistema social, aberto, dinâmico, auto-organizado, com duas funções primordiais: a de crescimento, individualização e sentimento de pertença dos membros, e a de facilitar a integração no contexto sociocultural onde pertencem, visto ser o primeiro agente de socialização.

Minucia (1985, 1988), considera a família como um complexo sistema de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas, associadas às transformações da sociedade, com vista à melhor adaptação, de modo a garantir a sobrevivência dos seus elementos e da instituição como um todo. Nesta perspetiva sistémica, a família é o meio na qual as interações e os relacionamentos acontecem de forma repetitiva e em movimentos circulares, porém, passível de mudanças, visto que a partir da mudança de um dos seus membros, todos mudam, o sistema muda (Pardal, 2002).

Constata-se deste modo, a importância do papel das famílias, a necessidade de compreensão da sua estrutura, que é única. Isto é, a compreensão dos seus próprios limites, dos subsistemas, dos seus ciclos evolutivos, das alianças, do grau de flexibilidade de mudança, bem como dos suportes que dispõem. E evidentemente, importa centrar nas suas necessidades, prioridades e objetivos, a fim de uma melhor compreensão dos

indivíduos que a compõem. Exige desta forma, um trabalho de parceria e colaboração entre os profissionais e a família, sendo os profissionais, agentes ao serviço da mesma, resultando numa intervenção mais eficaz (McWilliam 2003). Nesta sequência, e tendo em conta que os modelos em IPI, centram-se para além da criança, na família e nos seus contextos naturais, é inegável, que no seio desta, se dão as múltiplas oportunidades de aprendizagem e a promoção rápida e eficaz do desenvolvimento da criança (Aleixo, 2014; Rodrigues, Seixas, & Piscalho, 2017).

De realçar assim, a importância das famílias em todo o processo, nomeadamente no PIIP, visto que, as famílias são quem conhecem melhor a criança; têm uma relação privilegiada e no seio desta, a criança desenvolve-se; as rotinas diárias com a família, são as grandes oportunidades de aprendizagem; as famílias, dispondo de apoios e os recursos necessários, são capazes de promover o desenvolvimento da criança; o sucesso da intervenção está intrinsecamente ligado ao envolvimento da família; sendo de grande importância a inclusão e os direitos das crianças e as suas famílias; e tendo a elaboração e implementação do PIIP, sempre, por base a relação e colaboração da família (SNIPI, 2018).

Posto isto, conclui-se que a família é um elemento-chave em todo o processo com grande impacto no desenvolvimento da criança. Indubitavelmente, o trabalho em parceria, o envolvimento da família, a promoção da sua capacitação, tornam-se fundamentais, conduzindo ao *empowerment* e contribuindo para o sucesso da intervenção. Como já citado, refletirá na promoção das aprendizagens, no desenvolvimento da criança, na inclusão e no bem-estar das mesmas e respetivas famílias (Dunst, 2000).

2.7. Suporte formal e informal

No que à família diz respeito, não se pode deixar de salientar, que esta deve ser

cada vez mais capacitada, promovendo-se o seu empoderamento e consequentemente, o seu bem-estar. Neste sentido, é importante referir que na intervenção com as crianças e famílias, há que se ter em conta, a necessidade de apoios e os diferentes tipos apoios prestados. Assim, torna-se fundamental, compreender a ecologia da família, para compreender o funcionamento da criança e da família na qual se insere (Mc William, 2012, p.21). Atendendo às especificidades de cada família e às suas necessidades para além da compreensão da rede de apoios da mesma, há que promover ainda, a relação, a fim de fortalecer a mesma (Serrano, 2007, pp.9-10).

McWilliam e Scott (2001) elucidam que os apoios podem dividir-se em três categorias: cariz formal ou informal, emocionais, materiais e informativos. As redes formais incluem profissionais como médicos, assistentes sociais entre outros e organizações que prestam apoios à criança e família tais como hospitais, escola, programas de IPI. Quanto às redes informais, incluem a família alargada, amigos, vizinhos, grupos sociais (igreja, clubes entre outros). Advertem ainda, para além da importância dos apoios junto da família, uma especial atenção, quanto à não sobreposição de serviços salvaguardando a não- dependência e a capacitação das mesmas (Mc William, Winton e Crais, 2003, p.153).

2.8. Responsável de Caso

Neste âmbito, importa destacar a figura do Responsável de Caso, figura esta de referência em IPI. O Responsável de caso (RC), assume o contacto com a família e a criança, em representação da Equipa Multidisciplinar, sendo o responsável pela articulação e implementação do Plano de Intervenção. Neste sentido, torna-se importante a relação de confiança, respeito, apoio incondicional e partilha, entre este e a família, cabendo ao profissional de ELI, apoiar em todo o processo de corresponsabilização e capacitação das famílias (Bartolo e Correia, 2007, p.242).

2.9. Processo de Intervenção - IPI

Relativamente ao processo de intervenção em IPI, este organiza-se, num ciclo específico que compreende várias etapas (Buysse e Wesley, 2005):

Referenciação:

Comunicação e formalização aos serviços de IPI. O processo inicia-se com a referenciação das crianças. Esta respeita a área de abrangência, podendo ser qualquer pessoa/entidade como amas, creches, jardins-de infância, hospitais, centros de saúde, CPCJ, serviços sociais. Neste sentido, ao surgir dúvidas e preocupações relativamente ao desenvolvimento da criança ou perante determinado diagnóstico, devem ser partilhados e solicitar-se ajuda, nomeadamente aos pediatras ou médicos de família, amas, educadores de infância, ou ainda, às ELI ou Agrupamento de Escolas de referência para a IPI.

O procedimento passa pelo preenchimento de um modelo “Ficha de Referenciação” (ver anexo d), disponível no site do SNIPI, seguindo posteriormente para as equipas respetivas, sendo sujeito a avaliação e posterior intervenção, nos contextos naturais da criança.

O diagnóstico torna-se desta forma, crucial na elegibilidade para o acompanhamento de cada criança e família, sendo designado um Técnico da Equipa Multidisciplinar, o Mediador/ Responsável de Caso. Este fica responsável pela comunicação e articulação com a família, equipamento educativo e outros serviços, bem como, pela realização do Plano Individual da Intervenção Precoce (PIIP).

De acordo com o Decreto-lei 281/09 de 6 de outubro, destacam-se sumariamente como Critérios de Elegibilidade (ver anexo f):

- Alterações nas funções ou estruturas do corpo compreendendo Atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida e Condições Específicas;
- Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento incluindo crianças expostas a

fatores de risco biológico e crianças expostas a fatores de risco ambiental.

São elegíveis todas as crianças do 1º grupo e do 2º, que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental.

São realizados os primeiros contactos telefónicos e presenciais no intuito de esclarecimentos dos serviços, recolha de informação sobre a criança e respetiva família, nomeadamente as principais necessidades e expetativas.

Avaliação em Intervenção Precoce:

A avaliação consiste em identificar as preocupações, prioridades, recursos das famílias bem como competências funcionais das crianças e especificidades dos contextos. Nesta etapa é elaborado o **Plano Individual de Intervenção Precoce na Infância (PIIP)** (ver anexo f). Este Plano é um elemento-chave da intervenção que se deve adaptar a cada criança. Este é um documento elaborado com a família e equipa educativa que deve ser o mais realista possível, respeitando a avaliação nos contextos naturais da criança e da família, reunindo todas as informações sobre a criança e a situação familiar, organizado em diferentes passos de intervenção (Lima, 2012). O PIIP tem como principal objetivo a articulação e trabalho em parceria das equipas e famílias, na identificação dos objetivos, de acordo com as rotinas, necessidades, prioridades, preocupações de cada família e na mobilização de recursos com vista a alcançar os objetivos pretendidos. Com base no decreto-lei 281/2009 de 6 de outubro, que no processo individual da criança deve constar ainda relatórios, as medidas aplicadas, informações pertinentes, declaração de aceitação da família e intervenção das instituições privadas.

De referir, que nos casos em que se constate a necessidade apenas de vigilância e não de apoio direto, isto é, nos casos em que, não existam problemas identificados, mas existam dúvidas, ou ainda, nos casos em que a criança dispõe de outros apoios especializados, a equipa articula com a família novos contactos e avaliações, assegurando

a vigilância com avaliação periódica do processo evolutivo da criança e situação familiar;

Desenvolvimento do PIIP:

Etapa em que se estabelece o compromisso e definição de objetivos, atividades e recursos no apoio, com os devidos consentimentos.

Implementação e monitorização:

Refere-se às práticas das estratégias e atividades nos diferentes contextos naturais da criança, no processo e no plano;

Avaliação dos resultados e da satisfação:

A avaliação de resultados e satisfação por parte das famílias é de suma importância. Pretende-se aferir a avaliação e satisfação das famílias, ao nível do fortalecimento e da concretização dos objetivos. É efetuada reunião de avaliação do PIIP com todos os intervenientes.

Transição:

Esta última etapa do processo resume-se à planificação e preparação cuidadosa da mudança na vida das crianças e famílias (passagem de processo), em particular, o término do programa de IPI para outro contexto/serviço. É necessário a elaboração do relatório de transição que acompanha a criança para outro equipamento.

Quadro 1- Os vários encontros ao longo do ciclo de IPI

Encontros	Expetativas e atividades
Referenciação	Comunicar e formalizar aos serviços de IPI a situação de crianças e suas famílias, no sentido de se encontrarem respostas adequadas.
Primeiros Contactos	Identificar expetativas da família em relação à intervenção

Avaliação em IPI	Identificar preocupações, prioridades e recursos da família, conhecer as competências funcionais da criança e as características dos contextos.
Desenvolvimento do PIIP	Estabelecer um compromisso e definir objetivos, atividades e recursos, que apoiem as expectativas e as necessidades da família e da criança.

Implementação e monitorização	Pôr em prática as estratégias e as atividades nos vários contextos naturais da criança (domicílio e contextos formais de educação e cuidados) e monitorizar o processo e plano de intervenção.
Avaliação dos resultados e da satisfação	Avaliar os resultados da intervenção e satisfação da família na perspetiva do seu controlo sobre o processo do seu fortalecimento e não só ao nível da concretização dos objetivos.
Transição	Planificar e preparar cuidadosamente a mudança na vida das crianças e famílias, nomeadamente quando termina o programa de intervenção precoce e se dá a passagem para outro contexto ou serviço, para que ocorra da forma mais harmoniosa possível.

2.10. Perfil dos Profissionais

Outro aspeto importante, é o perfil do Profissional de IP. Sabe-se que o desenvolvimento profissional é um tema complexo e desafiante, pelo que, tem sido cada vez mais um tema central, nomeadamente, dado à relação entre o desenvolvimento profissional e a qualidade e eficácia da intervenção (Snyder et al.,2011; Stayton, 2015).

Dado à complexidade, o *National Professional Development Center on Inclusion* (NPDCI, 2010) desenvolveu um extraordinário e exigente trabalho colaborativo com famílias, profissionais de IPI, investigadores, dirigentes, políticos, líderes e administradores de programas locais, docentes do Ensino Superior e representantes de

organizações profissionais, que resultou na construção de uma definição de desenvolvimento profissional no intuito de desenvolver, implementar ou avaliar esforços de desenvolvimento profissional e eficaz.

Em IPI, os Técnicos possuem conhecimentos de diferentes áreas específicas e atuam com base nas práticas e princípios, norteadores, segundo o Código de Ética (ver anexo h), sendo uma mais-valia, em Equipa. Não obstante, devem ter contínua formação e apoio em IPI, para que possam estar atualizados quanto às exigências do trabalho e prestar um serviço de qualidade (Moore, 2011).

Como tal, destacam-se as seguintes competências: Envolver outros e construir parcerias - Ética da relação; Desenvolver continuamente as suas próprias capacidades- “Tornar-se” profissional em IPI; Prestar serviços de qualidade com base nas práticas recomendadas com domínio de conhecimentos e práticas baseadas na evidência.

Assim sendo, pretende-se a promoção do desenvolvimento integral das crianças; fortalecer a participação e capacitação das famílias em diversas etapas do processo de intervenção centrada na família; otimizar a inclusão na comunidade - trabalho em equipa transdisciplinar em contextos naturais e inclusivos (Moore, 2011).

A salientar ainda, a importância da supervisão. É imprescindível a construção de um clima relacional de confiança, de apreço incondicional, de empatia, face às experiências vividas a serem partilhadas, para um melhor entendimento e autenticidade, que resulta numa melhor capacitação e *empowerment* das famílias. Neste sentido, a supervisão de qualidade torna-se fundamental, assim como, a atitude do supervisando, que deve demonstrar disponibilidade interna, abertura ao outro (pares da Equipa e supervisores) e o nível de compromisso com a filosofia e com a estrutura de IPI (Santos, Carvalho, Silva, Feliciano, Agra, 2014).

2.11. Evolução das respostas em IPI em Portugal

Os contributos teóricos e programas desenvolvidos nos EUA estenderam-se a outros países, nomeadamente Portugal. Bairrão (2001), elucida que, em Portugal, a IPI sofreu grandes evoluções desde os anos 60, cujos programas desenvolvidos destinavam-se apenas às crianças com deficiência dos 0 aos 2 anos, assentes num modelo médico, baseado em ações de estimulação precoce por parte dos serviços de saúde, em particular, o Instituto Maternal, do Ministério da Saúde e Assistência.

Nos anos 70, com recurso a diferentes técnicas, inicia-se um novo trabalho, centrado na estimulação em crianças com Paralisia Cerebral nos Centros de Paralisia Cerebral, e ainda, o trabalho com necessidades educativas especiais pela Equipa de Orientação Domiciliária da Direção de Serviços de Estabelecimentos Sociais Oficiais do C.R.S.S. de Lisboa. Outro contributo importante, foi por parte da Divisão de Educação Especial no Ministério da Educação, na integração de crianças com deficiências ou incapacidades. Contudo, só após o 25 de Abril de 1974, se verifica uma maior resposta a nível social e da saúde junto das crianças e famílias, embora a reduzida resposta à população com menos de três anos. Destaca-se o Projeto de Águeda com um modelo de intervenção centrado no apoio a crianças de idades diferenciadas com deficiência ou em risco, agregando os serviços da Saúde, da Segurança Social e da Educação.

Nos anos de 80, a Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP) e o Projeto Integrado de IPI de Coimbra (PIIP) dão um forte contributo para a IPI, nomeadamente quanto à tentativa de organização de recursos e uma maior articulação entre serviços, surgindo nessa altura, os primeiros programas em Portugal.

No entanto, vem a refletir-se com maior impacto nos anos 90, nomeadamente no que respeita ao desenvolvimento de Projetos de IPI, que resultaram da experiência pioneira da DSOIP, do modelo do PIIP de Coimbra, da necessidade de abordagem

sistémica em IPI; das mudanças significativas nas políticas educativas do Ministério da Educação e dos incentivos financeiros. Neste sentido, em 1999, com a colaboração de três ministérios (Educação, Saúde e Segurança Social), inspirado na legislação americana, com enfoque nas orientações para esta prática foi publicado um documento orientador, o Despacho - conjunto nº 891/99 que prevê uma rede de suporte centrados na criança e família; trabalho em equipa; implementação de um Plano Individual de Intervenção e introduz-se a figura “Responsável de Caso”.

Com efeito, a 6 de outubro de 2009, é então publicado o DL 281/2009, em vigor, que dá origem ao **Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)**, (Artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 281/09 de 6 de outubro).

Quadro 2- Evolução *de IPI em Portugal: Uma Mudança de Paradigma*

	Antes	Agora
População alvo	Crianças dos 0-3 anos com “deficiência”	Crianças dos 0-6 anos c/perturbações do desenvolvimento e/ou riscos e as suas famílias
Contexto	Centros de estimulação Centros terapêuticos	Contextos naturais: domicílios, creche, jardim de infância, entre outros
	Instituições	
Práticas	“Pronto-a-vestir “	“Feitas por medida” Individualizadas
Papel dos Profissionais e Famílias	Peritos decisores Recetores passivos de serviços	Facilitadores Participantes ativos e decisores
Objetivos e Resultados	Desenvolvimento da criança	Prevenção Desenvolvimento da criança

		<i>Empowerment</i> /Capacitação das famílias
Trabalho de equipa	Multidisciplinar /Interdisciplinar	Transdisciplinar
Estrutura organizativa	Sectorial (com articulação pontual entre sectores) Serviços fragmentados	Intersectorial Base comunitária serviços integrados
Filosofia de IPI	Centrada na criança Baseada nos “défices”	Centrada na família Baseada nas “forças”

(Fonte: Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce, 2018)

2.12. Modelo Legal Português de Intervenção Precoce

No seguimento dos princípios inerentes à Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e inserido no Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade (PAIPDI 2006-2009 Diário da República, 1ª série 21 setembro de 2006) surge o **Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)**, regulado pelo Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro (Diário da República, 2009).

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) engloba um conjunto organizado de serviços sob a responsabilidade de três Ministérios:

O Ministério da Saúde (MS), O Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e o Ministério da Educação (ME), destinado a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias, tendo como missão garantir a Intervenção Precoce na Infância (Decreto-lei nº 281/2009).

2.12.1. Objetivos

- Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades;
- Detetar e sinalizar todas as crianças com necessidades de intervenção precoce;
- Intervir junto das crianças e famílias, segundo as necessidades, na prevenção ou redução dos riscos de atraso de desenvolvimento;
- Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social e de educação;
- Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

2.12.2. Organização SNIPI

O SNIPI encontra-se organizada com base na articulação entre os serviços de três Ministérios: Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e Ministério da Educação (ME), com específicas funções:

- a) Ministério da Saúde (MS): Assegurar a deteção, sinalização e acionamento do Processo IPI; Encaminhar as crianças para consultas ou centros de desenvolvimento a fim de diagnóstico, assegurando a exequibilidade do PIIP; assegurar a contratação de profissionais qualificados com vista à constituição de equipas de IPI nas redes de saúde primários e hospitais;
- b) Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), compete:

Promoção da cooperação ativa com as IPSS e equiparadas visando a celebração de acordos de cooperação para contratação de profissionais das áreas do Serviço Social; Psicologia e Terapeutas; promoção da acessibilidade a serviços de creche ou ama entre outros apoios no domicílio através das equipas multidisciplinares; designar profissionais

do Centro Distrital do ISS para as equipas de Coordenação Regional.

- c) Ministério da Educação (ME): Organizar uma rede de agrupamento de escolas de referência para a IPI com docentes do quadro ou contratados pelo Ministério da área de intervenção; assegurar as medidas educativas no PIIP através dos docentes de agrupamentos de escolas de referência; assegurar a transmissão das medidas previstas no PIIP para o Programa Educativo Individual (PEI) na frequência da Educação Pré-Escolar; designar profissionais para Equipas de Coordenação regional.

Deste modo, encontra-se estruturada em três níveis:

Ao Nível Nacional- representado pela Comissão de Coordenação Nacional (CCN) constituída por profissionais representantes do MS, MTSSS e ME e presidida por um representante do MTSSS, tendo como principal responsabilidade assegurar a articulação das ações entre os diferentes Ministérios. Compete à CCN as seguintes funções (Artigo 6º Decreto-Lei nº 281/2009): Acompanhamento, regulamentação e avaliação do funcionamento do sistema; estabelecimento de objetivos e realização de um plano anual de ação nacional e de avaliação bianual do sistema; constituição de equipas de intervenção multidisciplinares e interministeriais para apoio aos PIIP; definição de critérios de elegibilidade das crianças, utilização de instrumentos de avaliação e procedimentos necessários à execução dos PIIP; sistematização da informação e elaboração de um guia nacional de recursos, nos quais constem as redes de IPSS, de agrupamentos escolares de referência e de cuidados de saúde primários; criação de uma base de dados nacional de todos os casos integrados no SNIPI com intuito de centralização da informação; promoção da formação e investigação no âmbito da IPI; apresentação de relatórios anuais de atividade aos membros do Governo responsáveis pelas áreas da solidariedade social, da saúde e da educação.

Ao Nível Regional- as cinco Subcomissões de Coordenação Regional (SCR):

Subcomissão Regional Norte, Subcomissão Regional Centro, Subcomissão Regional Lisboa e Vale do Tejo, Subcomissão Regional Alentejo, Subcomissão Regional Algarve, são constituídas por profissionais representantes dos referidos Ministérios, sendo presididos bianualmente por um dos membros. Como responsabilidade compete-lhes prestar apoio à Comissão de Coordenação, articulação direta com os NST e transmissão de orientações às Equipas Locais de Intervenção. Assim, as SCR têm como funções específicas: Apoiar a CCN e transmitir as orientações aos profissionais das ELI; coordenar a gestão de recursos humanos, financeiros e materiais através de orientações do plano nacional de ação; proceder à recolha e atualização contínua da informação disponível ao levantamento das necessidades da região de intervenção contribuindo para a base de dados nacional; acompanhar o processo de implementação das ELI e nomear o elemento coordenador de cada ELI; planejar, organizar e articular a ação desenvolvida com as ELI e os NST integrar e acompanhar os NST distritais.

Os 22 Núcleos de Supervisão Técnica (NST), são constituídos por elementos representantes de cada Ministério, desenvolvendo as suas ações de acordo com o Planos de Ação das SCR, atuando como suporte e no controlo do trabalho desenvolvido pelas ELI. Deste modo, detêm as seguintes funções: Apoiar na articulação entre as entidades/serviços locais com os profissionais afetos às ELI, nomeadamente os agrupamentos de escolas. Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Instituições com protocolos com o Instituto da segurança Social (ISS) e Agrupamentos de Escolas; planejar, organizar e avaliar o funcionamento das equipas em articulação com a SCR; proceder à recolha e atualização da informação disponível nas ELI; fazer o levantamento das necessidades presentes na sua área de intervenção; identificar a nível distrital, indivíduos com formação e experiência em IPI para colaboração com NST; e apoiar a formação e investigação no âmbito da IPI em colaboração com as SCR.

Por outro lado, no apoio às ELI e à comunidade, cabe-lhes: Analisar e verificar a aplicação dos critérios de elegibilidade; analisar e monitorizar a aplicabilidade dos conceitos de vigilância e de encaminhamento das situações referenciadas para outros serviços; fornecer suporte e acompanhamento técnico ao trabalho desenvolvido por parte das ELI; apoiar e acompanhar a capacitação dos profissionais das ELI; apoiar as ELI na adoção de um modelo transdisciplinar; apoiar as ELI na articulação com as diferentes entidades com competências no que respeita à infância e juventude em matéria de procedimentos e circuitos de sinalização; promover com as ELI diagnósticos de necessidades e de recursos da comunidade de forma a dinamizar redes de suporte formais e informais.

Ao Nível Local (nível de intervenção)- as 155 Equipas Locais de Intervenção (ELI), são constituídas por Equipas Multidisciplinares. Contam com profissionais de diferentes áreas da ação social, educação e saúde. Têm como principal função, a avaliação e a intervenção direta com as crianças e as famílias. De acordo com o Artigo 7º Decreto-Lei nº 281/2009, às ELI compete essencialmente: Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI; assegurar a vigilância das crianças e famílias, cuja avaliação periódica é necessária dado aos fatores de risco; encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas com carência de apoio; elaborar e executar o PIIP em função do diagnóstico; identificar as necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção; articular caso justifique com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e /ou outras entidades; assegurar os processos de transição para outros programas, serviços ou contextos educativos e articular com a equipa educativa no caso de crianças integradas em IPI.

Figura 3- Organização do SNIPI



Figura 3- Organização do SNIPI (Fonte: Retirado de SNIPI, 2015)

2.12.3. As Equipas Locais de Intervenção (ELI)

As Equipas Locais de Intervenção (ELI) são a base funcional do sistema, constituídas por Equipas Multidisciplinares, com funcionamento Transdisciplinar, num mínimo por 5 Técnicos afetos aos organismos sob tutela dos três Ministérios sendo um afeto ao (ME), outro ao (MS) e três da IPSS (Terapeutas, Psicólogos, Assistente Social). Existe ainda a possibilidade de integrar técnicos com experiência na área, pertencentes a autarquias ou outras instituições, com vista à promoção do trabalho em equipa. Com sede em Centros de Saúde, em estruturas educativas ou IPSS equiparadas para o efeito, contam deste modo, com vários profissionais dos diferentes Ministérios, com vastos conhecimentos, sob a coordenação de um elemento do MSST, nomeado pela Subcomissão de Coordenação Regional (Artigo 7º Decreto-Lei nº 281/2009).

A nível nacional, totalizam 155 equipas e desenvolvem o seu trabalho a nível municipal, tendo como principal função, a sinalização e despiste de situações de risco, monitorização e vigilância das crianças em risco, ainda, planeamento, desenvolvimento e implementação dos programas de IP e respetiva avaliação (OPP, 2016). Destinam-se como já mencionado, a crianças referenciadas, com idades compreendidas entre os 0-6 anos e as respetivas famílias, com vista à melhoria das oportunidades de aprendizagem da criança, fomentando o bom desenvolvimento; o fortalecimento das competências das famílias e a promoção da inclusão (SNIPI, 2015).

Deste modo, as ELI têm funções específicas constantes no Decreto-Lei nº 281/2009, artigo 7. Por conseguinte, as ações são desenvolvidas por Técnicos especializados em diferentes áreas, integrados nas referidas Equipas, que atuam nos contextos naturais das crianças tais como em domicílio, amas, creches, jardins de infância, entre outros, durante as suas rotinas, sendo a prática orientada para a família (*European Agency for Development in Special Needs Education*, 2005, p.17).

Figura 4- ELI- Equipas Inter-serviços e Transdisciplinares

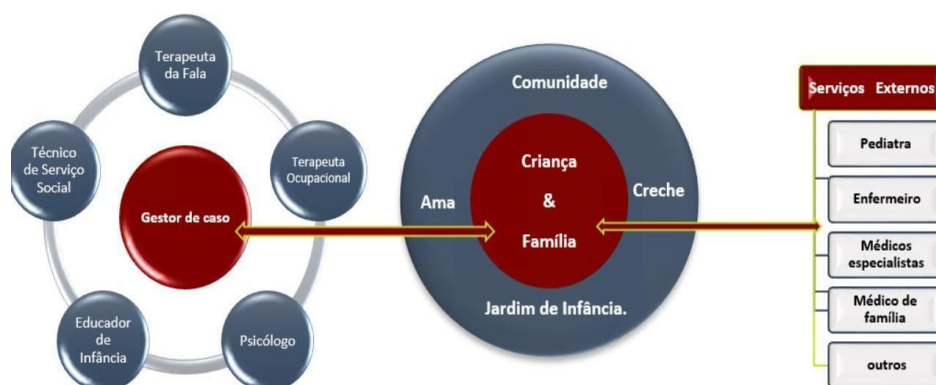


Figura 4- Eli: Equipas Inter-Serviços e Transdisciplinares (Fonte: SNIPI, 2018)

2.12.4. Funcionamento das Equipas de IPI

Importa evidenciar o Funcionamento das Equipas de IPI. Ao longo dos tempos, registaram-se também algumas evoluções, desde o Funcionamento Multidisciplinar ao Transdisciplinar.

- Modelo Multidisciplinar- consistiu numa perspectiva disciplinar independente, orientada para a respetiva disciplina, sendo a colaboração distante, o que resultava em diversas avaliações com objetivos diferentes, menor rentabilização de tempo elevados custos e stress para as famílias e crianças.
- Modelo Interdisciplinar- estipulou objetivos comuns, contudo, as intervenções eram específicas de acordo com a formação, o que conduzia a diferentes visões, gerando conflitos, mesmo que, centrados na criança.

- Modelo Transdisciplinar, atualmente, numa visão holística, integrada e interativa centrada na criança, família e contextos naturais, traduz-se como mais benéfico. Diferencia-se pela inexistência de papéis definidos entre os vários Técnicos, sendo as fronteiras entre as disciplinas minimizadas e sendo promovido o consenso em Equipa, com vista à promoção do desenvolvimento da criança e bem-estar da família, na medida em que esta, é um elemento central e decisor. O referido modelo consiste na colaboração, comunicação e partilha de saberes e responsabilidades entre os diversos elementos da Equipa, dispondo de um Mediador de Caso e devendo a família, ser incluído como mais um membro. Constatase deste modo, a redução de stress da criança e família, uma maior coerência no diagnóstico, constitui um menor risco de informação contraditória, maior rentabilização de custos, tempo e técnicos, bem como a facilitação na transição para outros serviços (Hershberger,1991, p.87).

2.13. Crianças e Famílias acompanhadas no âmbito do SNIPI

No âmbito do SNIPI, a nível nacional (Distritos de Alentejo, Algarve, Centro, LVT e Norte), todos os anos, são acompanhados milhares de crianças e famílias, assistindo-se, cada vez mais, a novas referenciações. Segundo os recentes estudos, o aumento significativo está associado à Pandemia Covid-19 e ao isolamento social, refletindo-se, no regresso à normalidade. Por outro lado, acredita-se que este aumento traduz uma mudança de paradigma, numa maior consciencialização da intervenção o mais precocemente possível, e essencialmente, a grande necessidade desta resposta crucial, na 1ª e 2ª infância.

Em 2018, segundo relatório de atividade foram acompanhadas a nível nacional, um total de 22.328 crianças (SNIPI, 2018). Nas 36 ELI da área de Lisboa e Vale do

Tejo (LVT), 9271 crianças, sendo que 5464 foram acompanhadas nas ELI do distrito de Lisboa (SCRLVT, 2019).

Em 2022, de acordo com o Relatório de Atividade do SNIPI (2022), observou-se uma grande procura das ELI.

Ao nível do acompanhamento a nível nacional, verificou-se que:

Foram acompanhadas, 26980 crianças e famílias, junto de 155 ELI, sendo: No Alentejo, 2570 correspondente a (7%), 1760 no Algarve (7%), 4236 no Centro correspondendo a (16%), 7281 no Norte, correspondente a (27%) e 11133 (41%) nas 36 ELI de Lisboa e Vale do Tejo (LVT). Em particular, nas 15 ELI do distrito de Lisboa, foram acompanhadas 6116 crianças/ famílias, ou seja, mais 678, que em 2021, das quais, 2865, nas 8 ELI do distrito de Setúbal/ Península, (mais 295 que em 2021), 1685 nas 10 ELI do distrito de Santarém (mais 91 que em 2021) e 467 nas 3 ELI do distrito de Leiria-Oeste Norte (mais 92 que em 2021).

Analisando o número total de novas referenciações a nível nacional, foi possível constatar que ascendeu a 11250 novas referenciações, sendo 1067 referenciações no Alentejo, 800 no Algarve, 1772 no Centro, 3541 no Norte e 4070 em LVT, comparativamente ao ano 2021, no qual foram recebidas menos 222 referenciações, (4292) nesta região.

No que concerne ao tipo de intervenção, constata-se que relativamente a Intervenção direta, os números apontam para 20489, sendo 2248 no Alentejo, 1310 no Algarve, 3638 no Centro, 5527 no Norte e 7766 em LVT. Relativamente a casos em vigilância, observou-se: 322 no Alentejo, 450 Algarve, 598 Centro, 17544 Norte e em LVT, 3367 casos, perfazendo um total de, 6492 casos em vigilância.

Quanto ao encaminhamento, aferiram-se os seguintes valores: Alentejo

- 946; Algarve - 597; Centro -1168; Norte - 2190 e LVT-2821. Verificou-se

transição de 7722 crianças, sendo 55% para o 1º Ciclo de EB do Sistema Educativo, 15% por transferência para outras ELI, 12% por saída do Sistema por objetivos alcançados e 18%, por outro encaminhamento. De referir que, 585 crianças tiveram adiamento escolar sendo 80 Alentejo, 29 no Algarve, 67 no Centro, 116 no Norte e na região de LVT, foram acompanhadas 293 crianças com mais de 6 anos por adiamento escolar, comparativamente ao ano de 2021, com 371 crianças (menos 78), sendo 9 no Distrito de Leiria (mais 3), 152 em Lisboa (menos 29), 35 em Santarém (menos 20) e 97 em Setúbal (menos 32).

De acordo com o relatório, relativamente a situações a aguardar intervenção direta e regular, os números apontam para 1122, das quais: 52 no Alentejo, 267 Algarve, 124 Centro, 384 no Norte e em LVT, 295.

Ao nível de referenciações a aguardar intervenção, verificou-se que o número total é de 3722 referenciações: 332 no Alentejo, 469 no Algarve, 441 no Centro, 1379 no Norte e LVT, 1101 referenciações.

No que respeita ao Contexto de Intervenção na Região de LVT aferiu-se que em Lisboa 63%, são intervenções em Creches e J I, 15% em domicílio ou misto, e apenas 7% em outros contextos. De notar que nos distritos de Leiria, Santarém e Setúbal, o contexto no qual se verifica uma maior percentagem, é igualmente em contextos educativos com 47%, 50% e 31% respetivamente, seguindo-se os contextos mistos e domicílios.

Analisando a população acompanhada ao nível de grupos etários conclui-se que dos 0-12 meses representam um total de 1264 crianças (5%), dos 12-24 meses corresponde a 2417 crianças (9%), dos 24-36 meses atinge cerca de 18% com 4812, e com mais de 3 anos, o número acresce a 18487 (68%).

Na região de LVT, relativamente ao grupo etário dos 0-36 meses, verificou-se que nas 3 ELI do distrito de Leiria- Oeste Norte, foram acompanhadas 163 crianças (mais 74 que em 2021), nas 15 ELI do distrito de Lisboa, 2770 (mais 669 que em 2021), 539

crianças, nas 10 ELI do Distrito de Santarém (mais 115 que em 2021) e 1088 crianças nas 8 ELI na Península de Setúbal (mais 240 que em 2021). De salientar, que as crianças dos 3-5/6 anos mantêm-se por mais tempo no SNIPI até à transição para o Sistema Educativo. Verificou-se ainda que houve um aumento de 7% da população dos 0-36 meses que corresponde a 41%, relativamente ao ano de 2021. E a grande maioria das crianças acompanhadas, possuem mais de 3 anos.

Por último, e não menos importante, no que respeita à afetação dos profissionais, é de constatar que de acordo com o Relatório de Atividade SNIPI (2022), em 2022, as 155 ELI contaram com 1676 profissionais dos 3 Ministérios representados no SNIPI, sendo que, 664 (40%) do MTSSS por acordos de cooperação com Instituições Particulares de Solidariedade Social ou equiparadas, 515 (31%) colocados pelo ME, 455 correspondente a 27% pelo MS e 42 (2%) por entidades parceiras (e.g. autarquias). De realçar, que em termos de afetação, 991,2 correspondem a tempo inteiro nas ELI comparativamente com 504,5 (50,9%) alocados pelo ME, 354 (35,8%) pelo MTSSS,

119,3 (12%) pelo MS e 12,8 correspondente a (1,3%) pelas entidades parceiras.

Importa registar, um ligeiro aumento do número de Técnicos afetos ao SNIPI, comparativamente ao ano 2021. Salienta-se que apenas uma ELI da Região de LVT possui boa capacidade de resposta, visto a capacidade de tempos de profissionais afetos à ELI e população referenciada, comparativamente a outras ELI, que requerem maior preocupação, face às dificuldades na capacidade de resposta.

Embora o imenso volume processual, da região em 2022, 27% correspondente a 1101 referências, se encontravam a aguardar resposta no final do ano 2022, sendo 457 a aguardar o 1º contacto, 349 em processo de avaliação, e 295 crianças e famílias, a aguardar o início da intervenção (Relatório de Atividade, SNIPI, 2022).

Gráfico 1- Evolução do número de crianças acompanhadas no SNIPI



(Fonte: Retirado de Relatório de Atividade SNIPI, 2022)

Em suma, constata-se a importância dos serviços prestados no âmbito do SNIPI, a inúmeras crianças e famílias. De notar, pelo gráfico acima, a crescente evolução do número de crianças acompanhadas entre 2017-2022 que espelha a grande procura e a uma necessidade de resposta cada vez maior (Relatório de Atividade, SNIPI, 2022).

2.14. Associação Nacional de Intervenção Precoce

Neste contexto, importa ainda abordar, a existência da Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP). Esta surge na sequência do Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra que teve como objetivo desenvolver um programa coordenado entre serviços nas áreas da Educação, Saúde e Ação Social e ao nível transdisciplinar. A ANIP é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, a nível nacional, que visa a implementação de ações relativas à Intervenção Precoce. Com sede em Coimbra desde 2012, contam como associados, pessoas singulares ou coletivas desde que contribuam para a realização dos fins da ANIP (ANIP, 2018).

A sua principal missão consiste no desenvolvimento e na difusão das práticas recomendadas a fim de responder de forma individualizada, a famílias e profissionais, de modo, a promover o desenvolvimento da criança dos 0 aos 6 anos. Como principais valores destacam-se: o respeito pela família, atendendo aos seus valores, origens e

tradições; a intervenção individualizada; a transparência na informação; o profissionalismo; a inovação; a disponibilidade para qualquer solicitação quer de famílias ou profissionais; a articulação promovendo o trabalho em Equipa e a inclusão como motor de igualdade de Direitos (ANIP, 2018).

Com especialização na área da Intervenção Precoce na Infância (IPI), a ANIP, dispõe de formação contínua e especializada, sendo acreditada como entidade formadora pela Direção Geral do Emprego e das Relações do Trabalho. Contam com diversas parcerias como as Universidades do Minho, Porto, Aveiro, o Instituto Superior de Educação e Ciências de Lisboa, ao nível de Investigação, no levantamento das principais necessidades junto dos Técnicos de IP e na formação para a implementação da intervenção baseada nas rotinas.

A destacar, o “Projeto Im2 – Intervir Mais, Intervir Melhor” promovido pela ANIP em 2012, com vista à promoção da qualidade em Intervenção Precoce, a nível nacional num período de 18 meses. Este projeto surgiu em resposta de inúmeras propostas da ANIP e Comunidade Científica ao SNIPI, em virtude de inúmeras dificuldades na implementação e face às inúmeras discrepâncias quanto ao funcionamento e modelos de qualidade, não existindo nenhum modelo de referência no SNIPI, orientador das práticas. Deste modo, com a criação de uma plataforma de colaboração entre a ANIP, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI), a Associação Pais em Rede e as Universidades parceiras, existiram diversas iniciativas como formação dos profissionais, distribuição do Manual às ELI, NST, elementos da CC Nacional e Subcomissões do SNIPI, estando disponível também para venda. Deste modo, é consolidado um referencial orientador para a prática de IPI em Portugal, dispondo-se de um Manual de Boas Práticas em Intervenção Precoce, reconhecido ao nível internacional, com base nas evidências, orientador das práticas em IPI, com supervisão constante e apostando na qualidade de intervenção com

crianças e famílias (ANIP, 2018). Traduz-se assim, o papel importante desta Associação de referência a nível nacional na divulgação e implementação de boas práticas de formação para a Intervenção Precoce (Carvalho & Valéria, 2010).

2.15. Modelo de Pré-Terapia

No âmbito do estágio, no acompanhamento de casos, em particular, o acompanhamento à criança com Espectro do Autismo (não-verbal), considerou-se pertinente, o recurso a algumas técnicas da Pré-Terapia de Prouty, a fim de, conseguir-se estabelecer Contacto Psicológico. Com base nos estudos de Rogers, nomeadamente o estudo pioneiro no trabalho com esquizofrénicos, Garry Prouty, desenvolveu a Pré-Terapia, tendo como premissa a interação com o indivíduo com o foco de estabelecer com este, comportamentos que traduzem funções de contacto. As funções de contacto são:

- Contacto com o real, no qual o indivíduo percebe a realidade e o ambiente onde se insere;
- Contacto afetivo, em que é capaz de reconhecer sentimentos emoções e diferentes formas de afeto;
- Contacto comunicativo, no qual o indivíduo é capaz de relacionar-se e interagir com as esferas sociais do seu contexto através da comunicação verbal e não verbal (Prouty, 2001). Com efeito, Prouty elabora os Reflexos de Contacto para a estimulação de Comportamentos de Contacto. Caracterizam-se por ações de interação por parte do cliente. Acrescenta o autor, que a Pré-Terapia, define cinco tipos de Reflexos de Contacto: Reflexos situacionais, no qual se busca facilitar o contato com a realidade no aqui e no agora, através de aspetos do contexto sobretudo o que o cliente possa estar consciente (Sommerbeck, 2006; Maliszewski, 2006); Reflexos Corporais, são usados em

indivíduos que adotam posturas bizarras, ecopraxia e posturas catatônicas. Consiste na busca do contacto com a realidade através da percepção do indivíduo face à sua imagem corporal pela imitação dos movimentos ou postura corporal, por reflexão verbal da mesma (Sommerbeck,2006; Maliszewski,2006); Reflexos–Faciais, reflete a percepção da expressão facial do indivíduo, verbalizando-lhe os sentimentos implícitos na sua face. De salientar, que o reflexo de sentimentos de expressão facilita a mudança para o comportamento empático; Reflexos de Palavra-por-Palavra, o terapeuta reflete cada palavra que o cliente acabou de dizer, e por último, Reflexos Reiterativos, que se define como uma forma de realizar os reflexos, de modo a facilitar o contato com o cliente. Segundo o autor, não é uma técnica específica.

Posto isto, a Pré-Terapia facilita a busca do estabelecimento ou restabelecimento do Contacto Psicológico, no caso de indivíduos avaliados como “além do alcance Psicoterapêutico” (Sommerbeck, 2006), de forma a ser possível que sejam capazes de uma relação e interação com o meio onde estão inseridos.

Parte III-Trabalho desenvolvido no âmbito do Estágio

3.1.Objetivos Gerais do Estágio

Neste âmbito, o estágio teve como principais objetivos:

- A aplicação à prática psicológica dos conhecimentos teóricos e competências adquiridos em contexto académico;
- A aquisição de novas competências profissionais e pessoais essenciais para o exercício da profissão.

Na atuação em contextos naturais, centrada na criança e na família, de acordo com o código deontológico, princípios e prática em IPI, devem igualmente, ser demonstradas, as competências primárias, agrupadas em seis categorias funcionais, tais como:

- Especificação de objetivos com base na análise e levantamento das necessidades específicas;
- Avaliação segundo as entrevistas, reuniões, com base nos diagnósticos, referenciações, observação das crianças/famílias;
- Desenvolvimento de materiais, de atividades com as crianças, sessões de estimulação com famílias, articulação com serviços;
- Intervenção de acordo com as necessidades específicas da população- alvo e avaliação;
- Avaliação final;
- Comunicação/*feedback* através da elaboração de relatório (Europsy, 2015).

3.1.1. Objetivos específicos do Estágio

Nesta sequência, salientam-se como principais objetivos específicos:

- Aprofundamento teórico e prático a nível da prática em IPI;
- Acompanhamento e avaliação ecológica com recurso à correta utilização de instrumentos tais como: Observação naturalista, *Check-list's*, Ecomapas,

Portage, Entrevistas Baseadas nas Rotinas (EBR) para promoção do envolvimento parental.

- Acompanhamento e avaliação psicológica com recurso à correta utilização de instrumentos psicológicos tais como: Anamnese, Entrevista clínica, Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths*, *entre outros*;
- Aquisição de competências na prática psicológica;
- Elaboração de materiais, desenvolvimento de atividades/ sessões;
- Trabalho em Equipa Multidisciplinar, análise e discussão de casos;
- Melhorar competências ao nível da comunicação e relacional;
- Trabalho colaborativo com as famílias, através da observação, desenvolvimento de sessões de estimulação com vista ao fortalecimento das relações familiares, capacitação e corresponsabilização parental e inclusão.

3.2. Atividades desenvolvidas durante o estágio

Durante o período de estágio, foi usado como guia orientador, o “Guia das Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce - Um Guia para Profissionais”. Este espelha as boas práticas e princípios em IPI, sendo um manual norteador. De acordo com as especificidades das crianças e famílias, foram desenvolvidas inúmeras atividades diretas e indiretas, desde outubro, a junho de 2023.

Seguem abaixo as principais atividades desenvolvidas nas diferentes fases do estágio.

Fase inicial – Atividades de preparação, integração e adaptação

- Consulta do site do SNIPI;
- Consulta do manual “Guia das Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce- Um Guia para profissionais”;

- Consulta de legislação relativa à Intervenção Precoce, ao SNIPI; Convenção dos Direitos da Criança, Orientações Curriculares, Inclusão;
- Leitura de artigos sobre a temática de IPI;
- Parentalidade, Perturbações na Infância, entre outros temas pertinentes;
- Leitura/ consulta de algumas obras, nomeadamente: “*Desenvolvimento Humano*” de Papalia e Feldman “*Parentalidade Positiva*” de Mónica Pires; CID- 11; DSM-V; “*sentidos*” de Nuno Lobo Antunes e equipa técnica do PIN; “*Perturbações de Desenvolvimento*” de Cláudia Lima, entre outros.
- Reunião de acolhimento com a entidade promotora de estágio e a UAL;
- Reunião com a orientadora do estágio;
- Consulta de processos sob supervisão;
- Participação nas reuniões de equipa- acolhimento e integração.

Na fase inicial do estágio, foi de suma importância a consulta de documentação, leitura de alguns artigos e livros nomeadamente sobre a temática e problemáticas em IPI, sobre o desenvolvimento na 1ª e 2ª infância, a fim de uma maior aquisição de conhecimentos sobre a Intervenção Precoce, legislação, desenvolvimento infantil, perturbações na infância, parentalidade, entre outros temas pertinentes que se constituíram cruciais no decorrer do estágio.

O manual orientador “Guia das Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce- Um Guia para profissionais”, foi instrumento de trabalho, norteador das práticas em contexto.

Por outro lado, as reuniões iniciais de apresentação à instituição promotora de estágio, bem como o acolhimento com a Psicóloga orientadora e Equipa Multidisciplinar, foram essenciais, para uma melhor integração e adaptação da estagiária, quanto à dinâmica da Equipa e todo o trabalho desenvolvido na ELI.

Fase – Em acompanhamento dos casos

Nesta fase, foram desenvolvidas diversas atividades diretas e indiretas, tais como:

Observação naturalista

A observação naturalista baseia-se na observação em contextos naturais por um determinado período (Feriani et al.,2021). Esta técnica é muito importante na obtenção de informações, nos diferentes contextos das crianças.

Principalmente, durante as primeiras semanas de estágio, a observação naturalista foi essencial nos diferentes contextos: creches e jardins-de- infância (sala, recreio, refeitório, parque infantil), domicílios, supermercado pingo doce. Deste modo, foi possível obter uma melhor percepção da criança e família, uma melhor compreensão do funcionamento familiar e sociocultural. Foi ainda possível observar a dinâmica das equipas educativas e a dinâmica da ELI que permitiu uma melhor compreensão das práticas, em particular, o trabalho da Psicóloga orientadora, a fim de apreender as práticas em contexto, nas diferentes relações.

Primeiros contactos: Acolhimento e reunião com as famílias

Traduz-se pelo momento de conhecer as famílias, esclarecimento dos serviços, perceber as necessidades e recursos das famílias, elaboração do PIIP. As intervenções em contexto familiar ou escolar são cruciais, visto serem os contextos naturais da criança, nos quais as aprendizagens são significativas.

Visitas em contexto educativo (creches, jardins de infância e outros)

Nas visitas foi possível perceber as necessidades das crianças e dificuldades dos profissionais em sala, procedeu-se à avaliação dos casos (com recursos a instrumentos de avaliação ecológica e psicológica), implementação de estratégias junto das equipas para a promoção do desenvolvimento da criança e acompanhamento nas atividades/ rotinas consoante planificação das salas. De referir, que as visitas tinham a duração de cerca de

45 minutos a 60 minutos, para ser possível a deslocação para os próximos equipamentos escolares ou domicílios, das áreas circundantes.

Visitas em contexto domiciliário ou outros contextos

Procedeu-se à observação naturalista, diálogo com as famílias, realização de sessões de estimulação, participação na dinâmica a fim de reforçar as competências das famílias (apoio emocional, orientação na obtenção de recursos, apoio informativo) contribuindo para a transferência de competências, corresponsabilização, promoção do envolvimento parental e promoção do desenvolvimento da criança;

Atividades desenvolvidas em contexto

O trabalho desenvolvido em IPI, é em contexto, segundo necessidades de cada criança (constante no PIIP) e de acordo com as rotinas e planificação de cada sala. A estagiária e a Psicóloga acompanharam as crianças nas diferentes rotinas/ atividades desenvolvidas em sala ou recreio, segundo planificações (brincadeira livre, biblioteca, faz-de-conta, jogos, pinturas, entre outras), adaptando, utilizando e fornecendo estratégias à equipa educativa na promoção do desenvolvimento da criança com vista a atingir os objetivos pretendidos.

Torna-se importante destacar a importância do brincar. Segundo Axline (1973) a atividade lúdica facilita a expressão da criança, visto que, o jogo é o meio natural de autoexpressão. Assim, por este meio aprende e desempenha vários papéis sociais, expressando os seus conflitos e procurando alternativas.

De referir ainda, que no acompanhamento de duas crianças de uma sala de jardim-de-infância foram verificados a inexistência de plano pedagógico bem como de Educadora, estando a sala a cargo de uma Auxiliar de Educação. A fim de um maior apoio à mesma, até à colocação da Educadora, e de modo a contribuir para o desenvolvimento das referidas crianças, foi dado suporte ao nível de organização das diferentes áreas

(biblioteca, jogos de chão e garagem, casinha, pintura), na seleção de brinquedos e materiais adequados, na elaboração de listagem para compra de materiais, apoio na arrumação dos espaços, e ainda, o apoio na elaboração de mapas (presenças, tempo, tarefas, aniversários).

Uso/construção de materiais

De acordo com o modelo, foram utilizados os materiais existentes nos contextos da criança tais como: livros, jogos, plasticina, molas da roupa, cestos, entre outros. Dado às dificuldades e especificidade de uma criança com a Perturbação do Espectro do Autismo (não verbal), foi elaborado pela estagiária, um *dossier* com imagens para trabalhar as competências, ao nível da comunicação e linguagem da referida criança, junto da família, sendo posteriormente, oferecido à mesma.

Participação em reuniões de Equipa e de supervisão

Ao longo do estágio, quinzenalmente, com a duração de 3 horas, das 14h às 17h, na sede, de um Centro de Saúde em Lisboa, decorreram as reuniões com a Equipa Multidisciplinar, contando com os diversos técnicos das diferentes áreas. Os momentos em Equipa, num Modelo Transdisciplinar, basearam-se na partilha de informações, colocação de questões e esclarecimento de dúvidas, atribuição e discussão de casos em acompanhamento e reflexão das práticas.

Foi possível perceber de forma mais aprofundada a dinâmica da Equipa. Constatou-se o elevado volume processual dado às constantes referenciações, as dificuldades na gestão do tempo para uma melhor discussão dos casos e para um eficaz diálogo entre a Equipa sobre procedimentos e práticas. Tal, conduziu muitas vezes, a maior stress, falhas na comunicação e sentimentos de impotência e sobrecarga.

A estagiária considera que os momentos em Equipa foram de grande valia, visto terem constituído grandes oportunidades de aprendizagem quanto ao contacto e partilha

de conhecimentos entre os vários profissionais, quanto às dinâmicas, desafios e dificuldades das ELI, o que permitiu uma profunda reflexão da importância da Intervenção Precoce e das suas práticas. Concluiu-se desta forma, a importância das Equipas Multidisciplinares e o singular trabalho em IPI, face aos inúmeros desafios e volume processual.

Participação em reuniões de orientação e supervisão

Os momentos de orientação e supervisão com a Psicóloga Orientadora e com a Supervisora, foram fundamentais durante todo o estágio, quer na partilha de conhecimentos sobre a dinâmica da Equipa quer do trabalho prático em IPI. Em particular, a orientação no contacto com os procedimentos, na consulta e organização de processos, no esclarecimento de dúvidas, apoio e incentivo nos momentos de insegurança e receios face a determinados desafios, bem como na discussão de casos e de temas pertinentes, na ótica do Psicólogo. Desta forma, foram muito benéficos, a reflexão das práticas em conjunto, as aprendizagens e todos os momentos partilhados.

Articulação e reuniões com outros serviços

No acompanhamento dos casos e segundo o modelo, a articulação e o trabalho em parceria, mais do que uma necessidade é uma prática. Assim, realizaram-se várias reuniões com diversos parceiros (junta freguesia, centro de saúde, hospitais, Equipa de Apoio Técnico ao Tribunal de Lisboa (EATTL), e uma Casa de Acolhimento, em trabalho colaborativo.

Participação em Ações de Formação

As ações de formação são uma componente importante na formação de todo o indivíduo / profissional da área. Não obstante o reduzido tempo de estágio, o elevado volume de trabalho acrescido do facto de a estagiária ser trabalhadora-estudante, foi possível participar em duas ações de autoformação, *on-line*.

- “Crise e Birras no Autismo” – O principal objetivo foi a reflexão acerca da perturbação e fornecer estratégias para lidar com crises e birras na PEA (Facilitadora Dr.^a Raquel Branco (Bata Azul).
- “Divórcio pode acontecer de forma saudável!” – Esta formação visou conhecer algumas problemáticas provenientes aquando dos divórcios, fornecer estratégias e fomentar a reflexão (Facilitadora Dr.^a Rute Agulhas).

Fase Final - Atividades Finais

A fase final do estágio, naturalmente coincidiu com o final do ano letivo, sendo notório o cansaço das crianças, famílias e Equipas. O trabalho em IPI aumentou consideravelmente, dado às reuniões necessárias para avaliação do PIIP, esclarecimento de dúvidas, apoio nas matrículas e na transição para outros equipamentos, e principalmente, na elaboração de relatórios e reuniões de avaliação do PIIP, com as inúmeras equipas educativas e famílias.

Por motivos de saúde, a Psicóloga orientadora esteve ausente a partir de maio, pelo que, a estagiária assumiu de forma autónoma, durante 2 meses (maio e junho) o acompanhamento dos referidos casos, com os respetivos contactos, articulação com famílias, equipamentos educativos e parceiros, reuniões de avaliação do PIIP e elaboração de relatórios entre outras atividades.

De referir, o grande desafio, face ao elevado volume processual, o reduzido tempo de estágio e a pouca experiência da estagiária. Salienta-se, que esteve sempre sob a articulação e supervisão da Subcomissária da ELI de Lisboa e contou com todo o apoio da Equipa Multidisciplinar, Equipas educativas e famílias.

Seguem abaixo, as atividades desenvolvidas na fase final de estágio.

Acompanhamento às famílias

Os acompanhamentos às famílias foram efetuados desde o 1º momento, via

presencial, telefónica, via e-mail, via *Whatsapp*, no esclarecimento de dúvidas, partilhas e apoio às inscrições para o próximo ano letivo. Na avaliação de desenvolvimento na sequência do pedido de referenciação, à ELI foi planificada uma avaliação ecológica no sentido de compreender o funcionamento da criança e da família e efetuado avaliações formais.

Trabalho de *BackOffice*

- Registo de informações- elaboração de registo de informações relativas aos processos e relativo a todo o trabalho desenvolvido no período de estágio para posterior elaboração do relatório final de estágio.
- Consulta, organização e arquivo de documentação
- Consulta de legislação, de manuais sobre desenvolvimento na 1ª e 2ª infância e do Guia de procedimentos de Intervenção Precoce essencial na orientação durante o contexto de estágio e na elaboração do relatório final;
- Elaboração de um dossier com imagens- o dossier foi elaborado pela estagiária na sequência do acompanhamento de uma criança com Espetro do Autismo, dado às especificidades e dificuldades verificadas, com vista a melhorar as competências da criança, ao nível da comunicação/ linguagem e melhorar as dinâmicas familiares.
- Realização de contactos telefónicos- efetuados contactos com as famílias e educadoras, para marcação de reuniões de avaliação do PIIP de todas as crianças acompanhadas; contactos para esclarecimento de dúvidas e partilha de informações;
- Elaboração de relatórios de avaliação/transição- Após avaliação do PIIP foram elaborados todos os relatórios das crianças que transitavam para outros equipamentos.

- Envio de relatórios (via e-mail) para as famílias e equipas educativas- Após elaboração de relatórios foram enviados os mesmos para conhecimento, assinatura das famílias e posterior envio/entrega no equipamento a frequentar no próximo ano letivo;

Avaliação Ecológica e Psicológica

A Avaliação Ecológica e particularmente, a Psicológica são de extrema importância trabalho do Psicólogo Clínico, na compreensão do funcionamento psíquico e comportamental do indivíduo (Bruzzi, 2021). Através da avaliação psicológica é possível a obtenção de informação quanto às habilidades cognitivas, sensório motoras, quanto às competências, quanto ao comportamento, pelo que, a fim de avaliar determinados domínios, poderá fazer-se recurso a instrumentos de avaliação psicológica, tais como: entrevistas, testes, provas, escalas, questionários (Almeida Freire, 2000).

Mencionam-se abaixo, resumidamente, alguns dos instrumentos utilizados.

Ecomapa

Um dos instrumentos de avaliação ecológicos muito utilizado em IPI é o ecomapa, da autoria de Ann Hartman em 1975, com base na teoria da ecologia humana, no intuito de representar as relações e sistemas sociais dos indivíduos. Este traduz-se numa representação gráfica da família nuclear que engloba os membros das redes de apoio formal, informal e intermediário da família que prestam suporte (McWilliam, 2010).

Inicialmente visava a orientação e reflexão dos profissionais de serviço social no que respeita às relações familiares, na ausência das mesmas. (McWilliam, 2012). Assim, permite a visualização da rede relacional da família e a respetiva rede de suporte formal e informal. Acrescenta ainda McWilliam, que este instrumento contribui para uma relação positiva entre o profissional e os membros da família, permitindo conhecer a sua ecologia. Adverte ainda, para a necessidade de revisão anual deste instrumento junto das famílias,

no intuito de proceder a uma análise comparativa para uma reflexão dos apoios existentes.

Programa *Portage*

Este programa teve origem em 1969 nos EUA, Winscosin na sequência do trabalho com crianças com necessidades educativas especiais, incluindo crianças com o Espectro do Autismo, com vista a dotar os pais e cuidadores de competências para uma melhor intervenção em contexto de domicílio. Portugal adota o modelo em 1992 com feedback positivo (Marques, 2000). Este instrumento é muito utilizado em IPI.

Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR)

A entrevista baseada nas rotinas (EBR) conduzida por um profissional, é semiestruturada, realizada no mínimo por um dos pais, com vista a identificar o funcionamento da criança e da família, nas rotinas diárias em casa e na escola, a fim a identificar as necessidades funcionais, delinear objetivos para a intervenção de acordo com o Plano estabelecido com as mesmas. (Dunlap, Ester, Langhans e Fox, 2006, cit Mcwilliam, 2012, p.42).

De acordo com Mcwilliam (1992, cit por Mcwilliam 2012, pp.42-54), a EBR é constituída por cinco etapas:

Preparação da família e da equipa (educador) para a entrevista que consiste em pedir para que estes reflitam sobre as rotinas quotidianas, o funcionamento da criança em cada rotina e quais as mudanças a inserir nas rotinas. Cabe à família decidir quem estará presente e qual o local a realizar a EBR;

- Aplicação da EBR com procedimentos específicos (em anexo);
- Seleção dos objetivos ou metas pela família;
- Registo escrito;
- Desenvolvimento de estratégias e avaliação dos progressos.

Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths

A Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (EDMG), foi desenvolvida pela autora Ruth Griffiths, Psicóloga Clínica, Psicóloga Educacional e Investigadora, tendo sido pioneira em Intervenção Precoce, visto defender, um modelo holístico do desenvolvimento mental, com destaque das diferenças sociais e culturais da criança bem como o seu papel ativo no desenvolvimento. As escalas foram desenvolvidas primeiramente em Inglaterra para a população inglesa tendo mais tarde sido adaptadas, em outros países. A 1ª escala desenvolvida em 1954, destinava-se à avaliação da criança dos 0-2 anos. Posteriormente, dado à necessidade de manter uma continuidade na avaliação das crianças após os 2 anos, surge em 1970, uma 2ª versão das escalas (EDMG) com revisão da escala dos 0-2 anos e uma extensão para a escala dos 2-8 anos, mantendo a estrutura original com acréscimo de mais uma escala (6ª Subescala F- Raciocínio-Prático). Esta escala psicométrica, avalia o desenvolvimento da criança nas várias áreas específicas do desenvolvimento, visto este ser mutável. Assim, aplica-se a duas faixas etárias, sendo a primeira dos 0-2 anos e a segunda, dos 2-8 anos de idade. É efetuada uma avaliação global do desenvolvimento da criança através de 6 subescalas (Anexo m) que avaliam as diferentes competências por idades:

- Subescala A - Locomotora- Avalia a motricidade global incluindo a coordenação e controlo motor (e.g. saltar subir/descer escadas, correr, andar de bicicleta, saltar à corda, entre outros.)
- Subescala B- Pessoal-Social- Avalia as aptidões de autonomia nas atividades diárias de adaptação e de interação social (e.g. vestir/ despir, pôr a mesa, arrumar brinquedos, atar os sapatos), bem como sobre o próprio (e.g. saber o seu nome, género, morada entre outros).
- Subescala C- Audição e Linguagem- Avalia a linguagem recetiva (e.g. descrição

de semelhanças entre conceitos/ objetos) e expressiva (e.g. descrever uma imagem).

- Subescala D- Coordenação Olho- Mão- Avalia a destreza manual a motricidade fina e competências visuo-motoras (e.g. desenho, recorte de papel, entre outros).
- Subescala E- Realização- Avalia as habilidades visuo-espaciais com observação da velocidade e precisão (e.g. realização cubos e encaixe de figuras geométricas).
- Subescala F- Raciocínio prático- Aplica-se a partir do ano II e avalia a capacidade precoce de raciocínio, compreensão aritmética, resolução de problemas simples (e.g. noção de tamanho, ordem numérica, conceito de tempo).

A avaliação desta escala traduz-se num resultado global (IM total em meses) e com a obtenção da média dos resultados brutos em cada subescala, fornece como a criança se situa a criança relativamente à média da faixa etária a que corresponde e expressa um perfil com as áreas de desenvolvimento mais valorizadas e as mais desfavorecidas. Esta escala foi posteriormente traduzida e aferida à população portuguesa (Griffiths, 1984).

Realização de reuniões de avaliação do PIIP

As reuniões de avaliação do PIIP foram realizadas conjuntamente com as famílias, educadoras e estagiária, em sede escolar e em domicílio, no caso da criança que não frequentava um equipamento escolar. A avaliação do PIIP, segundo procedimentos, consistiu na reflexão conjunta e na avaliação por parte dos intervenientes face aos objetivos delineados.

Despedida final de estágio (crianças, famílias, equipas educativas)

A fase final do estágio é sempre um momento repleto de sentimentos ambivalentes marcados pelo cansaço, alegria, nostalgia, embora a natural etapa final. Foi momento de agradecimento e despedida das crianças e famílias e Equipa Educativa.

Despedida final de estágio da Equipa Multidisciplinar

Em especial, foi momento, bastante emotivo e gratificante, participar na última reunião de Equipa da ELI, momento de agradecer e despedir. Foi a Equipa que acolheu a estagiária, no seio do qual existiram inúmeras partilhas, aprendizagens e momentos informais de convívio e gargalhadas.

Passagem de serviço ao novo Técnico

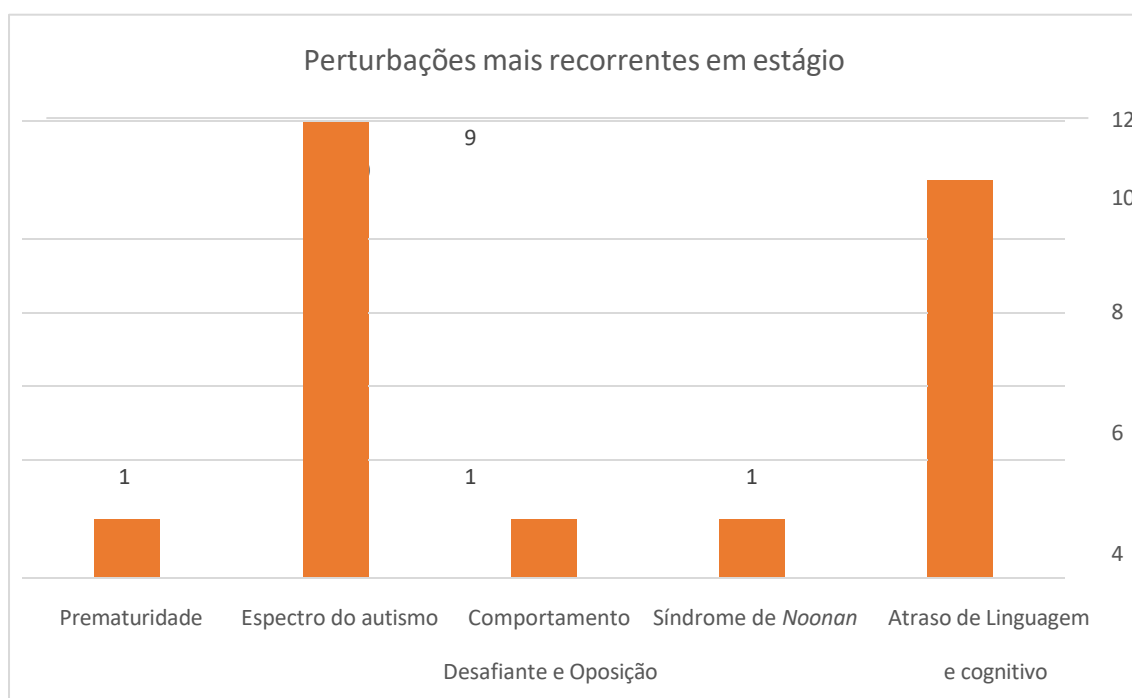
No final do estágio, após avaliação do PIIP e final do ano letivo foram passados todos os processos com as devidas informações e avaliações, à nova Psicóloga em substituição.

Parte IV- Apresentação de Casos Clínicos

4.1. Apresentação de Casos Clínicos

No âmbito do estágio foi possível acompanhar pela estagiária 23 casos diretos: 22 acompanhamentos a crianças e famílias e 1 acompanhamento especificamente a uma família-monoparental- elemento mãe (promoção de competências parentais). De referir que a Psicóloga orientadora acompanhou no presente ano letivo cerca de 63 casos (diretos, em vigilância e *follow-up*).

Gráfico 2- Perturbações mais recorrentes dos acompanhamentos em estágio

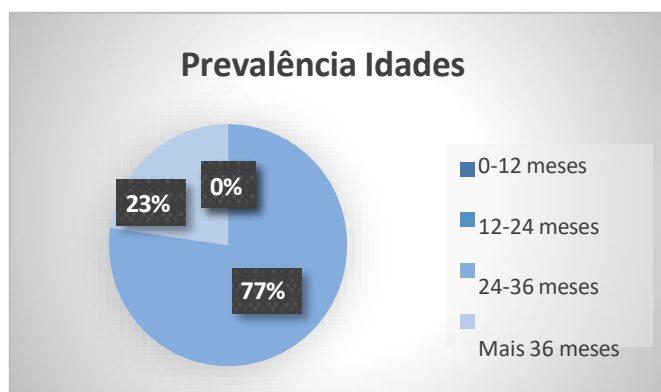


Dos casos acompanhados com diferentes problemáticas e necessidades, verifica-se uma predominância da Perturbação do Espectro do Autismo (10 crianças acompanhadas), seguindo-se o Atraso de Linguagem e cognitivo (9 crianças). Quanto à Prematuridade, Síndrome de *Noonan*, e Comportamento Desafiante de Oposição, foram apenas acompanhadas, 1 criança com as respetivas perturbações diagnosticadas.

A referir em particular, o acompanhamento a uma mãe, ao nível das competências parentais, cujos filhos encontram-se integrados em Casa de Acolhimento da SCML.

O trabalho desenvolvido com base na forte relação estabelecida com a progenitora, consistiu na promoção de competências parentais, no eixo da reunificação familiar.

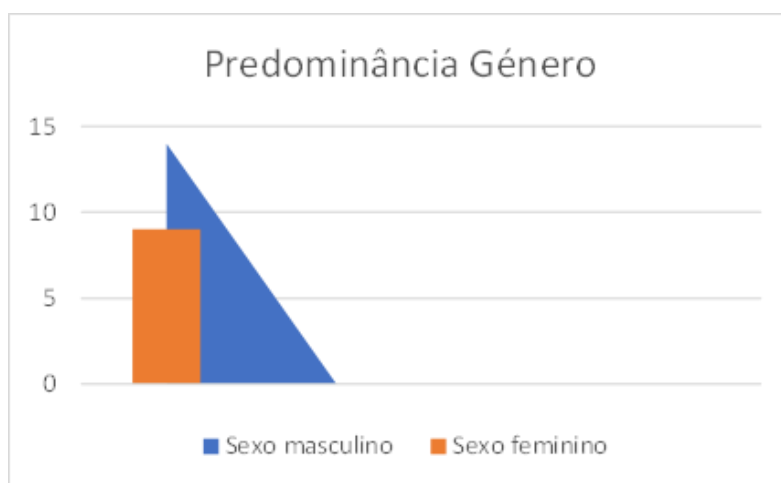
Gráfico 3- *Prevalência de Idades*



Numa breve análise, quanto ao grupo etário, de esclarecer que a predominância dos acompanhamentos foi na faixa dos 24-36 meses, correspondendo a 77%, comparativamente a 23% na faixa com mais de 36 meses. Relativamente à faixa etária entre os 0-12 meses e 12- 24 meses não se registaram acompanhamentos (0%).

No que respeita à predominância de género, verifica-se no gráfico abaixo.

Gráfico 4- *Predominância Género*



Ao nível do género, a predominância foi do sexo masculino, correspondendo a, 14 crianças do sexo masculino e 9 do sexo feminino.

Dos casos acompanhados, foram selecionados dois para a apresentação. Primeiramente, segue a apresentação do Acompanhamento de uma criança com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, e em seguida, a Avaliação Psicológica, a uma criança com diagnóstico de Síndrome de Noonan. As escolhas dos referidos casos selecionados prenderam-se com:

- A pertinência acerca do quadro clínico das respetivas perturbações: Espectro do Autismo, cada vez mais recorrente, com maior prevalência nos acompanhamentos na ELI, e ainda, o Síndrome de Noonan, síndrome raro, com poucos casos em Portugal;
- Perceber o impacto destas perturbações específicas (Espectro do Autismo e Síndrome de Noonan), no desenvolvimento das crianças, visto afetarem diferentes áreas do desenvolvimento, tendo em conta os fatores de risco, ao nível biológico, familiar ou ambiental e a importância do Intervir Precocemente, nos casos das referidas perturbações;
- Constatar a importância do Psicólogo Clínico no acompanhamento dos referidos casos com as crianças e famílias, em contexto diferenciado, de Intervenção Precoce.

De sublinhar, que no percurso do estágio, durante todos os acompanhamentos estiveram sempre presentes, o consentimento informado, respeitando-se o princípio ético da confidencialidade e da privacidade nos atos de observação, avaliação, acompanhamento psicológico e registo (OPP 2011- 2016).

A realçar ainda, que todo o trabalho desenvolvido, segundo já mencionado, teve como base as práticas e o modelo em contexto natural, centrado na criança e na família. Não obstante, a observação e intervenção em IPI serem específicas, atendendo ao facto, da estagiária, em contexto académico, ter como base e identificar-se com o modelo de

referência, o Modelo Centrado na Pessoa de Carl Roger, foi tido como referência na prática do estágio, tendo estado presentes as seis condições necessárias e suficientes para a mudança (Rogers, 1983):

1. O estar em contacto psicológico;
2. A incongruência do cliente;
3. A congruência do terapeuta no aqui e agora;
4. O olhar incondicional e positivo;
5. A compreensão empática dos quadros de referência do cliente;
6. A atitude do terapeuta na comunicação.

De salientar, que em Intervenção Precoce, a observação e acompanhamento são nos diferentes contextos, durante as rotinas, respeitando a planificação de cada sala, num período de 45 a 60 minutos, visto a deslocação para as escolas seguintes.

4.2. Caso “A” - Acompanhamento

4.2.1. Identificação

“A”, sexo masculino, tem 2 anos e sete meses, de nacionalidade portuguesa e vive em Lisboa. No presente ano letivo, o “A” frequenta a creche pela 1ª vez. A progenitora tem 28 anos, possui o 12º ano e trabalha como Esteticista. O progenitor, tem 31 anos, possui o 9º ano e é auxiliar de Limpeza. Ambos são de nacionalidade portuguesa e residem em Lisboa.

4.2.2. Motivo do Acompanhamento pela ELI

“A” foi referenciado em consulta de Neurodesenvolvimento. Segundo relatório médico, foi diagnosticado com Atraso Global de Desenvolvimento, com discrepância nas áreas da linguagem, comunicação, Perturbação do Espectro do Autismo. “A” é seguido no Centro de Saúde em Consulta de Pediatria e em Consulta de

Neurodesenvolvimento, num Hospital em Lisboa. Deu entrada no SNIPI, apenas em fevereiro de 2023.

Segundo os Critérios de Prioridade para Elegíveis, foi classificado com caso Prioritário (numa escala de Pouco Prioritário, Prioritário, Muito Prioritário). Grupo 1: Crianças c/ alterações nas funções ou estruturas do corpo: 1.1- Alterações atraso de desenvolvimento s/etiologia conhecida nas áreas linguagem e comunicação social e adaptativa e 1.2 Atraso de desenvolvimento por condições específicas.

4.2.3. História clínica

De referir que a maioria das informações constavam no processo do “A”, sendo possível ainda, complementar outras informações, através da observação em contexto educativo e em reunião do PIIP com a progenitora, Educadora, Psicóloga orientadora e estagiária.

Figura 5 - Genograma do “A”

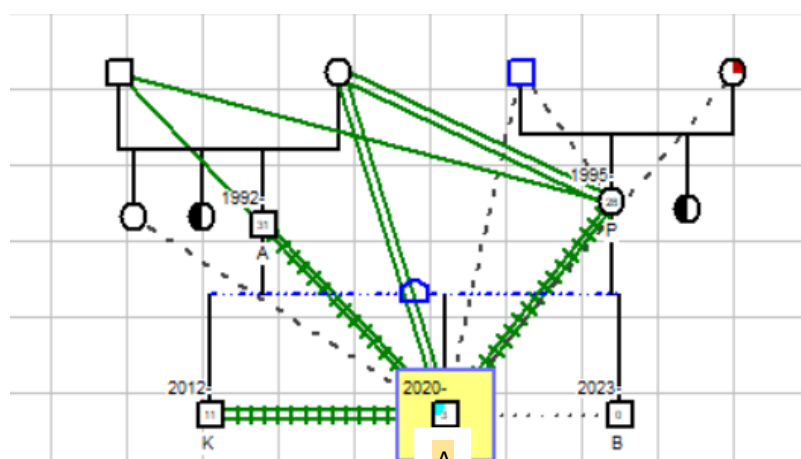


Figura 5- Genograma "A"

(Fonte: Construção própria com base no "GENOPRO")

Sintetizando o genograma: O agregado familiar é constituído pelos progenitores, e os dois irmãos da mesma fratria, com 6 meses e 9 anos, respetivamente. A relação do “A” com os progenitores, é próxima, incluindo o irmão mais velho, sendo a relação

indiferente com o irmão mais novo.

Os progenitores estiveram separados uns meses após o nascimento do “A” posteriormente reataram a relação sendo próximos e vivendo em união de facto. A relação dos progenitores e do “A”, com os avós maternos e restantes familiares maternos, é distante, marcada por conflitos. Quanto à relação com a família paterna, nomeadamente, a avó, é de proximidade, mas distante com uma das tias.

Relativamente a doenças familiares, segundo informações, existe uma tia materna com bipolaridade e uma tia paterna com trissomia 21. O avô materno tem consumos de álcool e avó materna tem hipertensão.

Da entrevista, à progenitora do “A” foi possível aferir que a gravidez foi desejada, porém não planeada, sempre acompanhada no centro de saúde. Quanto ao parto, “A” nasceu de parto normal com 39 semanas e 1 dia, sem epidural. A progenitora não fez dilatação ao fazer força, o cordão deu 3 voltas no pescoço do bebé, pelo que este nasceu com a cabeça muito roxa.

As rotinas em casa nos primeiros meses foram difíceis visto o bebé não dormir, ser muito agitado. Teve sempre apoio do irmão mais velho “*recebeu bem e ajuda muito*” (sic) bem como a tia e avó paterna. O progenitor, esteve sempre presente.

Relativamente às aquisições, o 1º sorriso e vocalizações foram com cerca de 6 meses. Sem contacto visual “*olhar vazio*” (sic). Não emitia qualquer palavra ou frase.

Gatinhou por volta dos 7 meses, porém um “*gatinhar diferente sem joelhos dobrados. Curiosamente foi na praia que começou*” (sic).

Começou a andar com 1 ano e pouco e comer sempre com ajuda. A amamentação correu bem, depois passou para o leite “Nan”, iniciou as papas e a sopa foi introduzida com 6 meses. “*Não gosta de peixe nem sopa. Gosta muito de arroz, massa, carne e agora atum*” (sic). Inicialmente comia primeiro sozinho e depois comiam. Presentemente, as

refeições são em família.

Quanto ao comportamento, a progenitora foi se apercebendo de alguns comportamentos diferentes, tendo depois se confirmado o diagnóstico.

Não possui ainda o controlo dos esfíncteres e apresenta algumas perturbações ao nível do sono.

Quanto à adaptação à creche foi muito complicada. Inicia a creche com 2 anos. *“Chorava muito, fazia birras de meia-noite, atirava-se para trás, batia com a cabeça e tentava morder os outros, mas aos poucos foi acalmando com dias maus e outros melhores”* (sic). Quanto à relação com pares e adultos, inicialmente não havia interação com os pares. Não socializava mesmo em espaços da sua preferência como o parque afastando-se sempre quando se aproximavam e queriam brincar. Não estabelecia contacto visual. Não emitia qualquer palavra apenas alguns sons impercetíveis e quando contente ou chateado, grita. No entanto, já vai permitindo a aproximação de uma ou outra criança, mas quando lhe interessa.

O adulto de referência é a Educadora com quem tem uma ótima relação. Toca-lhe na cara, enfia-lhe o dedo no nariz e na boca e presentemente, tem o hábito de ir à sua lancheira tirar-lhe a banana, desde que esta lhe ofereceu enquanto ele a observava. Atualmente, já aceita outros adultos da sua sala ou das outras sempre que necessário, mas sem grande relação.

Encontra-se adaptado às rotinas, com as suas limitações pois exige atenção e ajuda individualizada de um adulto, sendo os períodos das refeições e do sono ainda complicados.

“A”, é caracterizado como um menino inteligente e muito meigo, mas que precisa de muitos estímulos dado à sua condição. Manifesta ainda, algumas estereotipias, mantém ainda escasso contacto ocular, como escassa interação com pares ou adultos, não

verbaliza, mas já vai apontando.

Ao nível da medicação toma risperidona. Não se verificam outras doenças nem internamentos.

Foi efetuado em contexto de entrevista o Ecomapa da família do “A” (Avaliação Ecológica) (anexo n)

Sintetizando: Do ecomapa da família do “A” (em anexo n), é possível verificar que “A” tem relações fortes com a família (progenitores, irmãos, tia e avó paternas).

Com as entidades: hospital, centro de saúde e segurança social, mantém relações normais aquando frequência dos serviços. Por último, é possível constatar, que com a igreja evangélica e a família frequente e fundamentalmente, com a ELI, as relações são fortes.

4.2.4. Síntese do Acompanhamento Psicológico

Segue-se uma síntese dos momentos de acompanhamento ao “A”, com base no modelo de IPI, centrado na criança e na família, complementado com o modelo de referência, Modelo Centrado na Pessoa.

Foram realizadas 8 sessões de acompanhamento com a duração máxima de 45 minutos, sendo a periodicidade semanal, de fevereiro a maio 2023 (referenciação tardia da criança).

O *setting* foi o contexto natural da criança: creche /domicílio sempre em grupo ou em família, nas atividades/ rotinas da criança.

Primeira Sessão - Contexto escolar (Sala Creche) (observação)

“A” apresentou-se com higiene cuidada, perfumado e vestido em conformidade com a estação do ano. Mostrou-se tranquilo. Não interagiu, mostrando-se indiferente à aproximação ou interação com pares ou adultos.

Alheio ao que se passava em redor, e à nossa presença, ao contrário das outras

crianças que nos olhavam curiosas ou desconfiadas, aproximando-se e falando connosco.

“A” olhava fixamente um livro colorido de carros que se encontrava a ver junto de uma mesa. Rodava o livro várias vezes, aproximando muito perto dos olhos e cerrava os punhos com força, soltando alguns gritinhos. *“uhhhh....tchhhhhhh...”*(sic). Repete as ações continuamente. Segundo a Educadora, manifesta no momento, estar contente. Aproximei-me da criança, sentando-me ao seu nível e cumprimentei-a:

PE- “Olá “A”. Bom dia!” Apresentei-me e continuei a observar.

Continuou indiferente à minha presença, rodando um livro de carros que gosta. A Psicóloga Orientadora interagiu, apontando imagens de alguns carros e dialogando. Todavia, mostrou-se sempre indiferente, virando o livro ao contrário cerca de 3 a 4 vezes. Em seguida, foi buscar um frasco numa caixa “a dele” contendo outros frascos de cremes da sua preferência (Um frasco azul de um creme, um frasco de soro, um frasco de creme com bonecos). Olhou um dos frascos fixamente e movimentou devagar de forma vertical de cima para baixo e vice-versa, em frente aos seus olhos. Depois pousou o frasco na mesa e puxando da caixa, retirou outros frascos e organizou-os em linha reta. Novamente com os punhos cerrados com força, soltou gritinhos (auto regula-se desta forma). Repetiu estas ações várias vezes, revirando várias vezes os olhos. Parou em alguns momentos e em fração de segundos, olha em frente como se observasse a sala. Fugazmente olha para alguns dos adultos presentes e novamente “entra no seu mundo”.

Segunda Sessão - Contexto escolar (refeitório)

Foi possível observar o “A” à hora da refeição. A Educadora chamou os meninos para arrumar, lavar as mãos e ir para o refeitório.” A” não arrumou embora pareça ter percebido (olhou fugazmente a Educadora). Ao ser chamado já mesmo no final, com todos no comboio, deu-lhe a mão, quando esta se dirigiu a ele.

No refeitório, sentou-se com ajuda. Levantou-se várias vezes sem rumo e foi

novamente sentado. Fez repetidamente os mesmos gestos cima- baixo, baixo- cima com um frasco, seu preferido que tinha na mão (o frasco inseparável).

Rejeitou a sopa virando a cara e empurrando as mãos da Educadora quando levava a colher à boca. Não gosta de sopa. Com o prato de massa e carne já na mesa, após a educadora dar-lhe à boca um pedacinho de carne, faz uma careta, mas depois leva as mãos ao prato e vai comendo muito devagarinho, sozinho. Trocou-se algumas impressões com a equipa da sala e forneceram-se estratégias como o “A”, começar por experimentar pequenos pedaços de comida e ir conversando com ele, sempre ao seu nível, repetindo os nomes dos objetos e ações.

Despedimo-nos do grupo e do “A” em particular, visto a hora de deslocar-nos para outra escola. Olhou fugazmente e continuou a comer lentamente.

Terceira Sessão- Contexto domicílio

Foi efetuada visita em contexto de domicílio onde se encontravam a progenitora, os irmãos, o “A”, a tia e avó, paternas. Dialogou-se com a família sobre as rotinas e dinâmica familiar e as principais preocupações e necessidades. Foi possível observar o “A” na interação com a família e na realização de um jogo com peças de madeira. Brincou ainda, com a caixa com os seus frascos, dispondo-os em fila repetidamente e fazendo os mesmos gestos (para cima e para baixo com os frascos). A estagiária dispôs os frascos em fila e imitou alguns sons, conseguindo algum contacto ocular e curiosidade por parte do “A”. Jogou à bola com o irmão no quarto, muito satisfeito, demonstrando boas capacidades motoras. Foi visível as dificuldades da progenitora quanto a regras e na cozinha, para o “A” comer algo do frigorífico (iogurte) não verbalizando nem apontando o que queria.

Foram fornecidas estratégias para melhorar as dinâmicas mediante as necessidades e prioridades da família. Da recolha de informações, em discussão do caso

com a orientadora, foi proposto pela estagiária a elaboração de um dossier com imagens para a criança autista e família, a fim de estimular a linguagem, facilitar a comunicação e a compreensão e integração das rotinas (oferta à família).

Quarta Sessão- Reunião para elaboração do PIIP (Educadora, Progenitora, “A”, ELI)

Foi efetuada reunião para elaboração do PIIP. “A” esteve sempre absorto, a brincar com os seus frascos, baixando e elevando-os em frente aos olhos, ora os pondo em sequência na mesa. Com base na ficha de referenciação do “A” cujos critérios foram:

Grupo 1: Crianças c/ alterações nas funções ou estruturas do corpo: Alterações atraso de desenvolvimento s/etiologia conhecida nas áreas linguagem e comunicação e social e adaptativa e Atraso de desenvolvimento por condições específicas.

Relatório médico: Atraso global do desenvolvimento com discrepância nas áreas da linguagem, comunicação; Perturbação do Espectro do Autismo; Perturbações do sono

De acordo com a avaliação, através da observação em contexto natural, eomapa e reunião com a progenitora, a Educadora e a ELI, foi elaborado o PIIP, em função das necessidades dos intervenientes.

Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP):

Documento onde consta toda a informação sobre a situação da criança e ao nível familiar. É elaborado com a família com foco na avaliação nos contextos naturais da mesma. Constan os seguintes pontos:

- Identificação dos elementos envolvidos no PIIP;
- Registo de encontros /reuniões da família com o técnico;
- Com quem vive;
- Pessoas com as quais a família pode contar;
- Serviços com os quais a família pode contar;

- Preocupações (nacionalidade, prestações sociais, integração em contexto educativo, desfralde);
- Gostos e interesses do “A”;
- Avaliações (Observações, Ecomapa, Anamnese);
- Domínios intervenção: Linguagem, Comunicação;
- Objetivos PIIP (o que queremos atingir, quem faz, como faz, quando pensamos em atingir, avaliação com a família). Delinearam-se como principais objetivos do PIIP, tendo em conta a referenciação tardia, sendo o acompanhamento em apoio direto, semanal, com a duração de 45 minutos, sempre em contexto natural.
- Melhorar a linguagem e comunicação, segundo a maior necessidade da família e educadora.

Quinta Sessão- Contexto escolar (Sala Creche)

O “A” estava bem-disposto a explorar os frascos da sua eleição. Cumprimentei-o e sentei-me junto a ele de frente, explorando os frascos que ainda estavam na caixa. Olhava cuidadosamente cada frasco, colocando-os em fila. Observei-o e imitei as suas ações na disposição dos mesmos. Por vezes soltava pequenos gritos e outros, demonstrava completamente alheio. Imitei os seus gestos com os frascos e imitei alguns sons (*tch. uhhh*), como o “A” fez.

Posteriormente, retirei da ordem um dos seus frascos, colocando noutra sítio e estimulando a comunicação e o contacto visual através da contagem dos frascos, da repetição das cores e ao nível ocular. Ora olhava e puxava um dos frascos, ora mantinha-se no seu mundo, repetindo a colocação dos frascos em sequência e com movimentos cima baixo e lados, muito perto dos seus olhos.

De vez em quando, olhava para outros meninos na sala, levantava-se, indo até à

outra ponta da mesa e voltava ao mesmo sítio, repetindo as mesmas ações, ainda que tivesse ao seu dispor outros brinquedos.

Sexta Sessão- Contexto escolar (recreio)

Ao chegarmos, “A” estava no recreio. Corria com grande desenvoltura de uma ponta para a outra e outras, percorria o muro em ambos os sentidos, centrado em si. Após falar com a Educadora, percebeu-se o interesse por uma das bolas que um outro menino tinha. Aproximei-me do menino com a bola e sugeri que jogássemos os três com o “A”, o que ele aceitou. Após cumprimentar o “A”, que me olhou por breves instantes, reconhecendo-me, dei-lhe a mão, incentivando-o a jogarmos com o referido menino. Demos chutos na bola o que aderiu prontamente. Costuma jogar muito com o irmão mais velho. E assim por uns minutos o “A”, o outro menino e eu jogámos à bola, repetindo os nomes de cada um de nós e estimulando a comunicação e socialização.

A dada altura, a Educadora passou e este, pediu-lhe colo. Contente, emitia uns gritinhos e fez-lhe carícias tentando enfiar os dedos no nariz e olhos, desta. Ele é muito carinhoso. A Educadora, é um adulto da sua referência para o “A”.

De volta ao chão, percorreu até à outra ponta do recreio e voltou a andar junto às grades com o seu frasco na mão, repetindo os movimentos e olhando em volta, de forma fugaz. Assim, repeti os mesmos movimentos na busca de contacto ocular e afetivo. “A” estabeleceu contacto e aceitou colo e beijinhos, fazendo festas no meu rosto. Depois na casa de banho, com ajuda, “A” lavou as mãos, serenamente, antes de ir comer a fruta.

Sétima Sessão - Contexto escolar (Sala Creche)

Os meninos brincavam livremente na sala. A Educadora estava com “A” explorando alguns círculos, em cartão com papel celofane de cores que haviam feito. Juntei-me à atividade e em seguida, a Educadora dirigiu-se para outro local. De frente

para o “A”, estimulava o contacto visual, espreitando através do papel dos vários círculos, repetindo as várias cores e dialogando com ele. O “A” olhava com atenção, pegando preferencialmente no círculo azul e olhando minuciosamente.

Oitava Sessão- Contexto escolar (recreio)

O “A” estava muito choroso e com ara muito cansado. A Auxiliar de Educação, informou que havia dormido mal. No recreio, encontrava-se sentado num canto com o frasco azul na mão. Mal me aproximei e cumprimentei-o, já ao seu nível, este me pediu colo e aninhou-se. No meu colo, ia dialogando com ele e incentivando-o a brincar com uns carros. Um menino e outro se aproximaram oferecendo-lhe carros, mas este recusou. Aninhava-se cada vez mais, fechando os olhos e dormitando. Fui interagindo com outros meninos que se aproximavam e ele embora atento manteve-se sem interesse e aninhado.

Contactaram a mãe, que foi buscá-lo rapidamente.

Conclusão do Processo de Intervenção em IPI

Ao longo do acompanhamento, segundo as rotinas e em contexto natural, foram desenvolvidas algumas atividades com base em diálogos constantes, com estimulação, brincadeiras, interação, sempre com pares e/ou adultos de referência, segundo o modelo de McWilliam.

Os objetivos contratualizados no PIIP foram estipulados segundo as necessidades da criança, família e equipa educativa, tendo sido fornecidas estratégias quer à Equipa quer à família. A salientar que a referenciação do “A” no sistema, foi tardia (fevereiro 2023), o que limitou a intervenção.

Atendendo ao tempo reduzido e características da criança, procurou-se a realização de tarefas simples, de forma gradual e em pequeno grupo, de modo a estimular nomeadamente, as áreas da linguagem, da comunicação, socialização, sendo importante a estimulação do contacto visual e a melhoria ao nível da adaptação das rotinas.

Foram utilizados os materiais em contexto natural, como jogos, objetos da área do Faz de Conta, livros, materiais de desgaste. E no exterior, carros, bolas, utilização das estruturas do recreio.

Considera-se ter sido igualmente importante, a realização de trabalhos com pinturas, em particular com a tinta azul, de sua preferência e com plasticina/ massa de cores, embora alguma relutância, devido à sua hipersensibilidade. Com vista à estimulação de diferentes áreas, foram desenvolvidas atividades como: exploração de livros, exploração de imagens e fotografias, exploração de frascos, encaixe de puzzles, legos, brincar com a bola, corda, subir e descer estruturas.

Seguem abaixo algumas atividades realizadas, segundo as rotinas e planificação da sala, perspetivando-se atingir alguns objetivos.

Quadro 3-Atividades realizadas com “A”

Atividades	Objetivos
Exploração de livros nomeadamente de carros (ao nível ocular)	• Estimulação da linguagem • Estimulação da comunicação • Estimulação do contacto visual • Estimulação da aprendizagem
Exploração de imagens e fotografias do “A” nas rotinas	• Estimulação da linguagem • Estimulação da comunicação • Estimulação do contacto visual • Estimulação da aprendizagem • Melhoria da adaptação às rotinas
Exploração dos círculos de cartão com papel celofane de cores (feitos com a educadora e auxiliar da sala)	• Estimulação da linguagem • Estimulação da comunicação • Estimulação do contacto visual • Estimulação da aprendizagem

Exploração dos frascos (através da imitação das estereotipias e diálogo)	• Estimulação da linguagem • Estimulação da comunicação • Estimulação do contacto visual • Estimulação da aprendizagem
Jogar à bola e outras brincadeiras (carros, legos, com os pares no recreio)	• Estimulação da linguagem • Estimulação da comunicação • Estimulação do contacto visual • Estimulação da aprendizagem • Estimulação da socialização
Partilha e estratégias fornecidas à família e equipa educativa, tais como: evitar luz azul dos ecrãs, estimular a comunicação através da imitação, diálogo no decurso das rotinas e brincadeiras, apontar e repetir os nomes, sons de objetos, animais, estimular que aponte ou peça o que deseja, ser assertivo e manter e antecipar tarefas	• Estimulação da linguagem • Estimulação da comunicação • Estimulação do contacto visual • Estimulação da aprendizagem

4.2.5. Avaliação do PIIP

No final do ano letivo, foi efetuada a reunião de avaliação do PIIP com a família Educadora e estagiária. Todo o processo de intervenção foi norteado consoante o ciclo de IP, baseado nas práticas, sendo acrescido os desafios de intervenção em contexto natural e não terapêutico. Os objetivos foram avaliados em conjunto (todos os intervenientes) numa escala de 1 a, 5 em que (NA- deixou de ser objetivo):

- Objetivo não atingido;
- Mantém-se o objetivo;
- Objetivo foi atingido, mas não de acordo c/a satisfação da família);
- Objetivo parcialmente atingido;
- Objetivo atingido de acordo com a satisfação da família.

A avaliação do PIIP relativo ao “A” foi nível 2- Mantém-se o objetivo. Foram

alcançados pequenos grandes progressos na adaptação, interação com pares e adultos, integração de algumas rotinas, de acordo com o ritmo do “A”. Existe, no entanto, algumas áreas a melhorar, com défices nomeadamente ao nível da linguagem, cognitivo e da comunicação.

Irá ser assegurado o apoio na transição para outro equipamento com articulação com a família e nova equipa educativa no processo da nova adaptação, em particular, nas questões de cariz emocional, necessidades e preocupações da família.

Foi elaborado o Relatório de Transição no qual foi sugerido a continuidade no acompanhamento pela ELI ao abrigo do Dec. Lei nº 281/2009 ou EMAI ao abrigo do Dec. Lei nº54/2018 (rede pública)

- A frequência do pré-escolar no ano letivo 2023/2024 com integração na legislação em vigor (DL nº 3/2008).
- O acompanhamento em Terapia da Fala e terapia ocupacional através do subsídio de Educação Especial com apoio da segurança social.

4.2.6. Discussão e reflexão do Acompanhamento Psicológico

Não obstante as limitações do “A” dado ao quadro de PEA, não verbal, importa antes de mais, não haver excessiva fixação no diagnóstico, a fim de ser possível a aceitação positiva incondicional (Pires & Brites, 2008).

De acordo com a referênciação, verificaram-se algumas evoluções. Ao nível da autonomia, não possui ainda o controle dos esfíncteres, depende do adulto para lavar as mãos, vestir e despir, mas é autónomo na alimentação quanto a pegar na colher e beber pelo copo.

Relativamente à motricidade larga, sobe e desce escadas, trepa estruturas no recreio e parque. Quanto à motricidade fina, apresenta ainda, muitas limitações. No que respeita à socialização com pares, tem vindo a permitir gradualmente a aproximação,

sendo meigo e mais tranquilo e vai interagindo, embora, segundo os seus interesses e com reduzido contacto ocular. De referir, uma melhoria ao nível da adaptação das rotinas, uma vez que, gradualmente vai integrando as rotinas, desde que com antecipação e sentindo-se seguro, de mão dada, tendo já um adulto de referência ou aceitando outros.

Ainda presente, algumas limitações sensoriais, embora seja capaz de fazer pinturas sobretudo com tinta azul.

É possível deste modo verificar evoluções positivas, pelo que, se constatou a importância da família e do trabalho em parceria. De realçar que a aceitação dos progenitores do “A” como “*especial*” (*sic*), dispostos a incentivar e a cooperar, sendo proporcionada as condições para um desenvolvimento saudável, são assim, uma mais-valia. O envolvimento de toda a família (progenitores, irmãos, tia e madrinha, avó paternas), refletem a ligação e envolvimento de todos os elementos familiares e traduz ainda a vinculação segura, associada a uma parentalidade responsiva e sensível (Ainsworth, 1982; Ainsworth et al., 1978).

Numa reflexão, à luz da Teoria de Rogers e do Prof. Hipólito, considera-se que “A” apresenta um campo de perceção restrito, visto não ser capaz de simbolizar as perceções, situando-se fora da consciência. Assim, o movimento de dissociação manifesta-se ao nível do *locus* de controlo interno pela forma como experiênciamos os fenómenos dentro de si, do seu mundo interno, conforme os sente, de forma única. E ao nível do controlo externo, visto, as decisões serem tomadas pelos progenitores e cuidadores.

Importa referir ainda, a dissociação do *self*, entre o que é percecionado e o que é desejado pelo “A”, bem como ao nível da cognição e emoção visto percecionar, mas não conseguir exprimir por palavras. Nesta perspetiva, o trauma está centrado a nível biológico pela condição do seu quadro clínico e social, em particular à nascença, dado à

falta de oxigenação no cérebro. Traduz ainda este quadro, uma perda de discriminação real/imaginária grave, visto a incapacidade na relação, na ausência de contacto ocular e afastamento (Hipólito,2011).

Durante o acompanhamento, houve recurso a algumas técnicas da Pré- Terapia de Garry Grouty. Foram utilizados os Reflexos de contactos situacionais através da busca do contacto com a realidade (aqui e agora), Reflexos corporais através da imitação dos movimentos e de algumas expressões faciais do “A”. Ainda o recurso, ao Reflexo palavra-por- palavra, repetindo alguns sons do “A” (não-verbal). Deste modo, foi possível estabelecer comportamentos de contacto psicológico que com mais tempo e estimulação, perspectiva-se que seria alcançado o contacto psicológico (Prouty,2001; Maliszewski,2006).

“A” demonstrou algumas evoluções, embora as limitações, dado à sua condição do Espectro do Autismo, que o leva a ver o mundo de forma diferente, sendo muito mais sensível a todos os estímulos que recebe do ambiente que o rodeia. De acordo com Rogers, considera-se que está presente a tendência atualizante, uma vez que “A”, é único e com potencial, dispondo de forças e tendo revelado evoluções, caminhando para o mais funcional possível. (Rogers, 1984).

Destacam-se como limitações no acompanhamento ao “A”, o escasso tempo de acompanhamento, o elevado volume processual, o reduzido tempo de estágio e o facto da referenciação no sistema, ter sido tardia (fevereiro) o que limitou a intervenção. Como aspetos positivos, destacam-se, o modelo de IPI, sendo um modelo diferente e único (em contexto), com o qual a estagiária se identificou pelo trabalho orientado para as crianças e famílias.

4.3. Caso “B” - Avaliação Psicológica

O” B”, sexo masculino, tem 3 anos de idade, nacionalidade portuguesa e vive em

Lisboa. No presente ano letivo, dado a problemas de saúde, em particular às exigências quanto à alimentação e problemas comportamentais, a adaptação à creche no início do ano letivo foi complicada, pelo que, a progenitora, optou por acompanhá-lo integralmente, em casa.

A progenitora tem 43 anos e é licenciada em Ciências Farmacêuticas, atualmente de licença. O progenitor, tem 45 anos, possui licenciatura em Engenharia. Ambos são de nacionalidade portuguesa e residem em Lisboa.

4.3.1. Motivo da Avaliação Psicológica

“B” é acompanhado pela ELI desde maio 2021, tendo sido referenciado pela Dr.^a M P de um Hospital em Lisboa. Segundo ficha de referência à ELI:

Alterações nas Funções ou estruturas do Corpo: 1.2. Atraso de Desenvolvimento por Condições Específicas: anomalia cromossómica Síndrome de Noonan, doença crónica grave;

Risco Grave de Desenvolvimento: 2.1 Crianças Expostas a Fatores Risco Biológico: Complicações neonatais graves e 2.2 Crianças Expostas a Fatores Risco Ambiental: Preocupações acentuadas.

Na avaliação do “B” foi aplicada a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths. A escolha prendeu-se com a necessidade de uma avaliação completa da criança no intuito de uma melhor avaliação das áreas específicas. Pretendeu-se uma melhor compreensão do funcionamento psicológico global do sujeito e do seu contexto vivencial, face ao quadro clínico apresentado e pelo facto deste, não se encontrar a frequentar no presente ano letivo, nenhum equipamento escolar.

4.3.2. História Clínica

De referir que a maioria das informações foram obtidas através da consulta do processo do “B”, sendo possível, complementar outras informações, através da

observação em contexto educativo e em reunião do PIIP, com a progenitora, Educadora, Psicóloga orientadora e estagiária.

Da entrevista semi-diretiva à progenitora do “B” foi possível aferir:

Figura 6- Genograma do Caso “B”

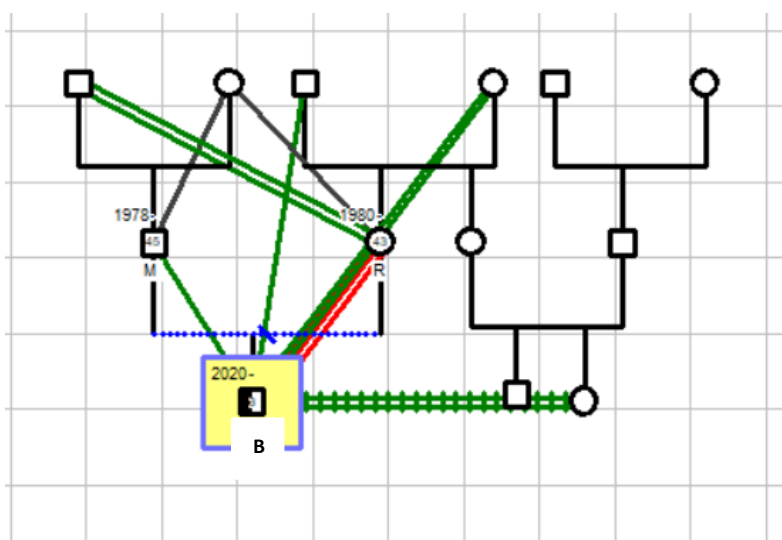


Figura 6- Genograma do Caso "B"

(Fonte: Construção própria com base no GENOPRO)

Sintetizando o genograma: O agregado do “B” é constituído pela progenitora, pelos avós maternos e pela prima. A relação do “B” com a progenitora é muito próxima sendo fusional e de dependência. Os progenitores encontram-se separados desde o nascimento, não tendo o progenitor aceite bem a gravidez. Estes estabelecem atualmente, uma relação normal, cordial, em prol do filho. O exercício das responsabilidades parentais encontra-se regulado com a criança a residir com a progenitora. O progenitor e o “B”, têm uma relação normal, assim como, com os seus avós paternos.

A relação com os avós maternos e a prima, com quem reside, é próxima, sendo o grande suporte familiar. Relativamente a doenças familiares, o “B” tem a condição de Síndrome de Noonan. Segundo informações desconhecem-se outras doenças ou alterações significativas, a nível familiar.

Foi efetuado o Ecomapa da família do “B” (avaliação ecológica) (ver anexo O)

Sintetizando: É possível constatar que a família dispõe de relações fortes com o hospital, no qual “B” é acompanhado em várias especialidades, bem como, com a ELI, que acompanha a família desde 2021 e ainda, Terapia da Fala e Ocupacional.

A relação com a família materna com quem reside (progenitora, avós maternos e prima) é forte, sendo fusional com a mãe, comparativamente à relação com o progenitor e avós paternos, que se verifica normal. Durante a entrevista foi possível aferir ainda a relação distante entre os progenitores. “B” é fruto de uma gravidez não desejada pelo progenitor, mas desejada pela progenitora e família desta. A relação do progenitor com o filho, atualmente é próxima.

Mantém com a progenitora, uma relação fusional. Esta acompanha integralmente o filho (não se encontra a trabalhar) e incentiva a estimulação a vários níveis. Contam com o apoio dos avós maternos e da prima, com quem residem.

A sintomatologia atual: Dificuldades alimentares, dores de barriga (equaciona-se pancreatite crónica), problemas de comportamento em especial ansiedade e irritabilidade para além do quadro de Síndrome de *Noonan*.

Relativamente à história pré-natal e gestação, foi possível apurar que foi uma gravidez desejada com 38 s e 2d, com acompanhamento médico sem doenças acidentais ou complicações a apontar.

Relativamente ao parto foi por termo, induzido e com recurso a ventosa. O parto decorreu no início da pandemia pelo que ninguém pôde assistir ao parto ou ver, ver o bebé. com complicações visto o bebé ter de ser reanimado, mas foi rápida a recuperação. Ao 5º dia foi internado na Neonatologia por colestase e trombocitopenia.

Relação precoce: Esteve internado até aos 26 dias. Foram para casa e correu bem apesar das dificuldades alimentares, depois voltou a ser internado com 1 mês e meio de vida. Precocemente começou a não aceitar o contacto próximo de pessoas, não estabelecia

contacto visual durante a amamentação.

Quanto a aquisições: 1º sorriso-1,5 mês, aos 4 meses vocalizou “ma.... ma”, 1º palavras- aos 12 meses. Não gatinhou, começou a andar aos 15 meses e a comer sozinho aos 12 com sopa triturada e suplemento.

Relativamente à autonomia, não se veste sozinho, lava as mãos sozinho desde os 2 anos e meio sendo pouco autónomo no resto. Não possui ainda controle dos esfíncteres. Lisboa e tem Terapia Ocupacional e Terapia da Fala. Toma medicação: Risperidona, Hormono de crescimento, Ferro Sol Dagravit 8 , Avamys Susp. Nasal, suplemento alimentar -Fantomalt. Quanto à alimentação, amamentou até quase os 3 anos. Começou com sólidos aos 12 meses e sopa triturada com suplemento. Comia às vezes sozinho e em família.

O sono era muito agitado (acordava de hora em hora) Com a medicação melhorou embora seja ainda agitado e acorde muitas vezes a vomitar e com dores de barriga.

Tem angústias da separação da mãe sendo muito ansioso e dependente do adulto. Socializa com adultos e não com pares visto não frequentar a escola. A relação da progenitora com o filho é de superproteção, mas de grande estimulação e acompanhamento integral pois não se encontra a trabalhar.

A relação do “B” com os avós maternos e a prima é muito próxima, sendo normal com o progenitor e avós paternos, com quem tem contacto, quinzenalmente.

Anda no futebol desde os 2 anos, tem aulas de iniciação à expressão musical

É acompanhado em consulta de Neuropediatria num Hospital em Lisboa e tem Terapia Ocupacional e Terapia da Fala.

Toma medicação: Risperidona, Hormono de crescimento, Ferro Sol Dagravit 8 , Avamys Susp. Nasal, suplemento alimentar -Fantomal.

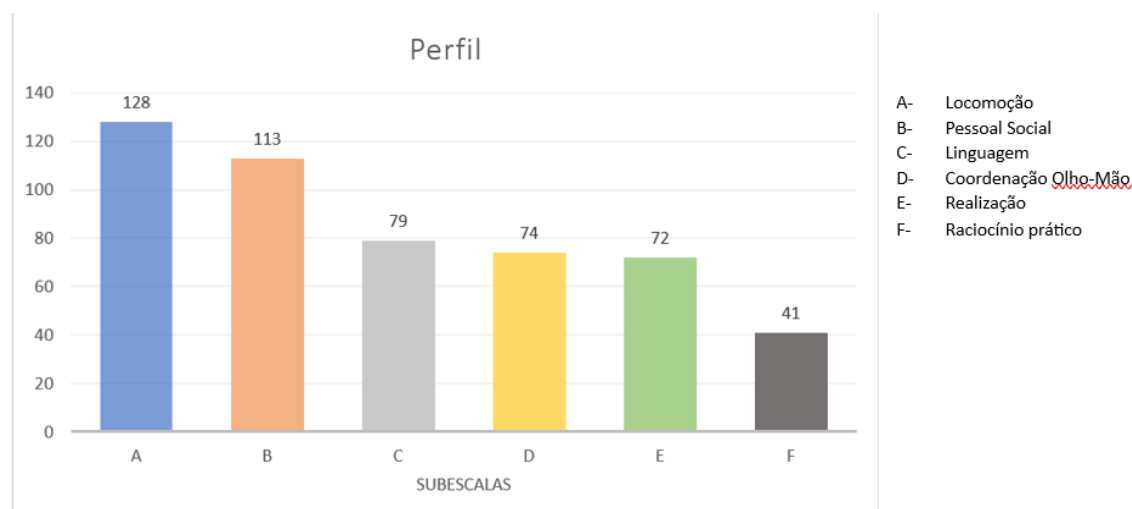
4.3.3. Síntese da Avaliação Psicológica

Na avaliação foi aplicada a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, publicada em 1954, complementada com uma extensão dos dois aos oito anos, que avalia o desenvolvimento de crianças dos 0 aos 8 anos. Esta escala, posteriormente traduzida e aferida à população portuguesa, é composta por 6 subescalas: A – Locomotora, B – Pessoal-Social, C – Linguagem, D – Coordenação Olho- Mão, E – Realização e por último F – Raciocínio Prático, que apenas se aplica a partir do 3º ano.

A sessão de avaliação, realizou-se entre as 10h e as 11h 45, em contexto de domicílio da criança uma vez que, esta não se encontra a frequentar a escola. O “B” fez a avaliação completa numa única sessão, sendo a aplicação planificada. Iniciou-se com a subescala D, exigindo mais concentração e por último, as que requeriam mais movimento, e de preferência do “B”

De referir, que a progenitora colaborou com informações relativamente ao comportamento e desempenho em contexto familiar, o que facilitou a avaliação em alguns campos. Na maior parte da sessão, demonstrou boa disposição, tranquilo, colaborativo, com interesse nas tarefas e curiosidade, pelo material diversificado, constante na mala apresentado pelo avaliador. Posteriormente, na parte final, como era de esperar, denotou-se alguma saturação, mostrando-se distraído, com períodos de atenção muito curtos, com foco em outras brincadeiras. De salientar, que apesar do quadro do “B”, este tem grande resistência e está habituado à aplicação de vários testes em hospitais, onde é seguido.

Com base na avaliação foi traçado um perfil de desenvolvimento da criança. Segue no quadro abaixo, o sumário dos resultados do teste.

Gráfico 5- *Gráfico de Perfil de Desenvolvimento*

De acordo com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, o “B” apresenta uma Idade de Desenvolvimento (ID) de aproximadamente 37 meses, a Idade Cronológica (IC) corresponde a 39 meses e situa-se a um nível de Quociente Geral de Desenvolvimento (QGD) de 94, o que demonstra estar muito próximo da média esperada para a sua idade cronológica (100).

Segundo os valores apresentados é possível constatar uma grande assimetria nas diferentes áreas. Salienta-se como áreas mais fortes a Locomoção, seguindo-se a e Pessoal-Social, (QD-128) e (QD-113) respetivamente. Verificam-se como áreas mais fracas, a Linguagem (QD-79), a Coordenação Olho- Mão e Realização, com valores muito próximos (QD-74) e (QD-72) e com valores significativamente mais baixos, a área do Raciocínio Prático (QD- 41).

Relativamente à área da **Locomoção**, apresenta um bom nível de coordenação motora. Salta bem, é capaz de subir e descer escadas, joga bem à bola, corre e tem bom equilíbrio.

No que respeita à área **Pessoal-Social**, apresenta alguma autonomia sendo capaz de comer sozinho, lavar as mãos e a cara, sabe o seu nome, apelido e idade embora

necessite ainda de ajuda para algumas tarefas. De referir, que estando em contexto de domicílio, verifica-se a tendência para uma maior atenção e dependência do adulto.

Quanto à **Linguagem**, o “B” expressa algumas dificuldades e insegurança ao nível da compreensão e expressão. Nomeia alguns objetos, nomeia o seu uso, nomeia cores, mas apresenta ainda dificuldades em utilizar ou repetir frases com mais de 6 sílabas bem como na compreensão de semelhanças e diferenças. Necessita de maior estimulação nesta área.

Relativamente à área **Coordenação Olho- Mão**, evidencia alguma destreza a nível da motricidade fina. Enfia contas sem dificuldades, é capaz de cortar com a tesoura, construir torre de cubos, contudo, demonstrou dificuldades em copiar as figuras geométricas, não obtendo cotação nos respetivos itens.

Na área da **Realização**, demonstrou alguma rapidez na execução das tarefas como enroscar e desenroscar brinquedos e no encaixe de 4 a 6 peças do puzzle dentro do tempo estimado. No entanto, teve dificuldades no encaixe de mais peças não obtendo pontuação nos itens de mais de 6 peças e de construções com cubos.

Quanto ao **Raciocínio Prático**, constata-se acentuadas dificuldades na resolução de problemas práticos ou questões mais complexas. Não obteve pontuação nos itens relativos à comparação de tamanhos ou de pesos, ou de repetição de dígitos, sendo capaz de contar até 4 e reconhecer o dinheiro.

Constata-se que em termos de desenvolvimento global, o “B”, situa-se a um nível médio de desenvolvimento esperado para a idade, muito valorizado pela área Motora e pela área Pessoal-Social, comparativamente às restantes áreas nomeadamente, Realização e Raciocínio Prático, muito penalizadas.

Esta assimetria nos valores apresentados, refletem nas áreas com maior pontuação, a grande estimulação e trabalho da família e dos técnicos que acompanham a criança.

Contudo, nas áreas com valores mais baixos, traduz, a grande necessidade do contacto com os pares e do contexto pedagógico pré-escolar.

Em síntese, o “B”, possui muito boas competências de desenvolvimento motor e independência pessoal e social e boas capacidades de aprendizagem que serão potencializadas no seu relacionamento com pares e frequência pré-escolar. A sua condição de saúde (Síndrome de Noonan, com grandes dificuldades alimentares, pancreatite crónica implicando medicação complexa, e alterações comportamentais de irritabilidade e ansiedade), associado a excelente suporte familiar, permitiram que esta criança permanecesse em domicílio com acompanhamentos terapêuticos (TF, TO, terapias ABA), e prática desportiva de Futebol, para além do Programa de Intervenção Precoce na Infância.

A frequência de contexto pedagógico pré-escolar no próximo ano letivo será fundamental para aquisição de novas competências e potencializar o seu bom desenvolvimento biopsicossocial.

4.3.4. Conclusão da avaliação do Processo de Intervenção

No acompanhamento e avaliação do “B” (Ecomapa, Genograma e Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths), foi possível aprofundar o conhecimento relativamente ao funcionamento global do “B” e permitiu uma reflexão geral da problemática, quanto ao síndrome e impactos no desenvolvimento.

Foram desenvolvidas algumas atividades em contexto de domicílio de acordo com os objetivos contratualizados no PIIP, estipulados segundo as necessidades da criança e família, sendo fornecidas estratégias à mesma. São exemplos:

Quadro 4- Objetivos definido do PIIP do “B”

 Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância					
O que queremos atingir (objectivos)	Quem faz (fontes de apoio)	Como faz (estratégia)	Quando pensamos atingir	Avaliação com a família	
				Data	Nível de satisfação
Melhorar ao nível da Comunicação e Linguagem	Técnica de IP, Família e Terapeuta da Fala	Vai fazer avaliação em terapia da fala	Até Dezembro 2022		
Melhorar ao nível da Autonomia (e.g. alimentação; vestir/despir; controlo dos esfíncteres; higiene)	Técnica de IP, Família e Terapeuta Ocupacional (Guiomar Teixeira)	Serão passadas várias estratégias em contexto domiciliário, pela técnica de ip, à medida das necessidades que a família vai sentindo face ao desenvolvimento	Até Junho 2023		
Melhorar ao nível da gestão emocional e auto-regulação (e.g. associado à ansiedade da separação com a mãe)	Técnica de IP e Família	Estratégias fornecidas pela técnica de ip, mediante as situações que vão surgindo ao nível das rotinas e do dia-a-dia	Até Junho 2023		
Monitorizar as idas todas as consultas, com o acompanhamento da mãe (HSM) e idas à terapia ocupacional	Técnica de IP e Mãe	A mãe vai partilhando com a técnica de ip o decorrer das consultas ao longo do ano letivo e a técnica articula com o hospital, sempre que necessário. A técnica de ip e a terapia ocupacional estarão em contato sempre que necessário	Até Junho 2023		
Auxiliar a mãe na integração em Setembro de 2023 num contexto educativo	Técnica de IP, Família e Nova Estrutura Educativa	- A técnica de ip irá articular com a mãe e com o contexto educativo (pessoalmente ou por telefone), de modo a facilitar a integração num jardim-de-infância. - Passagem da documentação do processo no snipi à nova estrutura educativa.	Até Junho 2023		
Avaliação do PIIP	Técnica de IP e Família	Reunião em Junho	Até Junho 2023		
Níveis de avaliação: NA - Deixou de ser objetivo/necessidade 1 - Objetivo não atingido 2 - Mantém-se o objetivo 3 - Objetivo foi atingido mas não de acordo com a satisfação da família 4 – Objetivo parcialmente atingido 5 - Objetivo atingido de acordo com a satisfação da família					

4.3.5. Avaliação do PIIP

Foi efetuada a reunião de avaliação do PIIP com a progenitora e estagiária. Todo o processo de intervenção foi norteado consoante o ciclo de IP, baseado nas práticas, sendo acrescido os desafios de intervenção em contexto natural e não terapêutico.

Os objetivos foram avaliados em conjunto (todos os intervenientes) numa escala de 1 a 5, em que:

(NA- deixou de ser objetivo;

1- Objetivo não atingido;

2- Mantém-se o objetivo,

3- Objetivo foi atingido, mas não de acordo c/a satisfação da família),

4- Objetivo parcialmente atingido,

5- Objetivo atingido de acordo com a satisfação da família.

A avaliação final (PIIP) referente ao “B” foi nível 2 - Mantém-se o objetivo.

4.3.6. Discussão e Reflexão do Caso

Dado o quadro clínico do “B” e tendo em conta a sua avaliação formal e competências existentes e a desenvolver, requer-se especial atenção em algumas áreas, sendo necessário um plano de intervenção que incida nas suas maiores dificuldades, onde a frequência de contexto pré-escolar e o relacionamento com pares serão fundamentais potencializadores do seu desenvolvimento biopsicossocial.

Considera-se crucial uma relação positiva entre os técnicos e a família, sempre em articulação, na promoção do bom desenvolvimento da criança e bem-estar da família.

Através da aplicação da escala foi possível constatar as áreas mais fortes e as áreas ainda a desenvolver. Irá ser assegurado o apoio na transição para outro equipamento com articulação com a família e nova equipa educativa no processo da nova adaptação, em particular, nas questões de cariz emocional, necessidades e preocupações da família.

Foi elaborado o Relatório de Transição, no qual foi sugerido:

- Frequência de Educação Pré-Escolar abrangido por medidas do Decreto-Lei n.º 54/2018/EMAEI;
- Estratégias específicas para desenvolvimento da comunicação/linguagem/fala e estimulação sensorial.
- Continuidade de todas as consultas de especialidade.

Parte V- Considerações Finais

5.1. Reflexão e Conclusão

Finalizada tão importante etapa, torna-se essencial a reflexão quanto ao trabalho desenvolvido durante o estágio, as aquisições adquiridas e consolidadas e as experiências vivenciadas.

Das diferentes áreas de atuação do Psicólogo, foi possível experienciar uma área de atuação diferente, a de Intervenção Precoce, num modelo em contexto natural e não terapêutico, que exigiu constante readaptação. Foi possível constatar, a importância desta resposta na 1ª e 2ª Infância, atendendo às diversas problemáticas e ao foco necessário quanto à Saúde Física e Mental Infantil. Efetivamente, é uma mais-valia, um Psicólogo Clínico nas Equipas, visto o olhar diferenciador, quanto à compreensão do funcionamento da criança e da família, bem como na prevenção e promoção da Saúde, do bem-estar e na inclusão dos mesmos.

Ao longo do estágio, deparei-me com algumas dificuldades inerentes ao trabalho em IPI. Primeiramente, a dinâmica envolvente, a um ritmo acelerado, face ao excesso de volume processual e ao reduzido número de Técnicos, que traduziram um desafio exigente e desgastante. Adicionalmente, as constantes deslocações para as diferentes escolas ou domicílios das áreas circundantes, que devido à distância dos pontos da cidade, ao trânsito e estacionamento, para além dos diferentes horários a cumprir, tornou-se um fator stressante, dispendioso e desgastante. Por outro lado, outra limitação, prendeu-se com o reduzido tempo em reuniões de Equipa, para discussão de casos, dado ao elevado número de referenciações, que contribuiu para alguns momentos de tensão em Equipa e sentimento de impotência. Por último, a dificuldade na gestão das emoções perante a especificidade de determinados casos, nomeadamente no final do estágio, a despedida e o “desligar” de alguns casos específicos, que acompanhava.

Não obstante, foram muito positivas todas as aprendizagens e desafios superados,

nomeadamente, quanto à prática diária do trabalho em IPI, a relação estabelecida com as crianças e com as famílias, a boa articulação com as Equipas Educativas e outros parceiros, assim como, o ambiente saudável de convívio e partilha entre a Equipa Multidisciplinar. Não poderia deixar de realçar, o estágio mais autónomo nos últimos dois meses, dado à ausência da Psicóloga Orientadora do local de estágio, por motivos de saúde. Embora inicialmente, assustador, pelo volume de casos, pelas dúvidas, receios e inseguranças, dado à inexperiência e ao desafio de estar mais autónoma em “campo”, foi claramente uma oportunidade de crescimento, uma responsabilidade acrescida, de extrema exigência que requereu, muita organização, trabalho, disciplina e entrega. No entanto, foi possível contar com todo o apoio da Equipa, em especial, com a orientação e supervisão incansável da Subcomissária do SNIPI na região de Lisboa e Vale do Tejo, bem como, as orientações em contexto académico, nas aulas de seminário de estágio. Foi muito gratificante ainda, contar com o apoio e acolhimento das Equipas em creches e jardins de infância e das famílias, que foram colaborantes e demonstraram confiança e respeito.

Deste modo, foi um desafio superado com êxito tendo contribuído para o bom funcionamento do serviço, concluído a fase final do processo de intervenção em IPI dos casos acompanhados, e adquirindo uma intensa experiência de trabalho em Intervenção Precoce, cujo apoio e confiança por parte da Equipa, foram fundamentais.

Importa referir, que Portugal é uma referência na Europa, visto os progressos e a implementação do SNIPI. No entanto, dado ao elevado volume processual, atentos à inclusão das crianças e famílias com especificidades, urge apelar um olhar mais atento e uma maior intervenção, no sentido de investimento nos recursos humanos, reforçando os quadros técnicos dos diferentes Ministérios e apostando cada vez mais, na formação e no bem-estar das Equipas. Requer ainda, o investimento em maior divulgação e supervisão, visto verificar-se ainda, muita desinformação e desvalorização do trabalho por parte de

Equipas Educativas, de algumas famílias e comunidade. Igualmente ainda importante, apostar em investigações e na criação de novos instrumentos, face às constantes mudanças e desafios, a fim de alcançar-se uma maior capacidade de resposta às solicitações e fundamentalmente, uma maior qualidade de resposta em IPI, visto o crescente número de referenciações, de crianças e famílias acompanhadas e a aguardar. É, portanto, de louvar este serviço, que exige ampla capacidade de resposta de qualidade, face às solicitações, a fim de que a Intervenção Precoce em Portugal, continue a ser uma referência e se torna cada vez mais, num serviço de excelência.

Em suma, o estágio foi uma experiência singular e muito enriquecedora, embora muito exigente, marcada por um misto de emoções com muito empenho e motivação, não apenas pelo gosto e identificação com o trabalho com crianças e famílias, mas também, com o modelo e as práticas. Neste sentido, sou grata por me ter sido proporcionado o estágio na ELI, que contribuiu para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a aquisição de novas competências a nível profissional e pessoal. Encontro-me, portanto, motivada, e com uma melhor preparação para a próxima etapa de estágio, bem como, para o futuro exercício da profissão, que requer abertura a novas aprendizagens e formação contínua.

Referências Bibliográficas

- Aleixo, E. (2014). Práticas de Intervenção precoce centrados nos contextos naturais e o seu contributo para a promoção do desenvolvimento de uma criança. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório do Instituto Politécnico de Coimbra
- ANIP. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância. Um guia para profissionais.*
- Antunes, L. N.& Equipa técnica do PIN (2018). *Sentido. Do autismo à hipervividade da adição à internet à dislexia* (5ªed.). Lua de Papel.
- Axline,V..M. (1973). *Dibs: Em busca de si mesmo.* Agir.
- Boavida, T., Aguiar, C. & MC William, R. (2015). *A Intervenção Precoce na Infância e os contextos de Educação de Infância.* ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa.
- Brites, R., & Pires, M. (2008). A ética e o processo de avaliação psicológica. *PSIQUE-Anais de Psicologia*, 4, 145-156.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Bronfenbrenner, U. 1. a. (1979). *The ecology of human development experiments by nature and desing.* Cambridge, Massachusetts Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U.& Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (series Ed.) & R.M. Lerner (Vol.Ed.).*Handbook of child psychology: Vol1:Theoretical models of human development* (5th ed.,pp.993-1028). New Yoork: John Wiley and Sons.
- Bronfenbrenner, U.& Morris, P.A. (2007).The bioecological model of human development.In WDamon and R.M.Lerner (eds.).*Handbook of child psychology* (6 th Edition)
- Buyse, &Wesley, P.W. (2005).*Consultation in Early Childhood Settings.*Baltimore,MD: Brookes.
- Cardoso, J.& Veríssimo, M. (2013). *Estilos parentais e relações de vinculação.* Análise Psicológica. 4 (XXXI): 393-406. U.I.P.C.D.E. ISPA – Instituto Universitário.
- Carvalho, L., Almeida, I., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P., Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia*

- para profissionais* (1ª ed.). Coimbra: ANIP.
- Deal, A., Trivette, C. & Dunst, C. (1988). *Family functioning Style Scale: An instrument for measuring strengths and resources*. Asheville, Winterberry Press
- Decreto-Lei nº 281/2009 dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação. (2009). *Diário da República*: I série, nº193
- Decreto-Lei nº 54/2018, de 6 de julho *Diário da República* n.129/2018, Série I de 2018-07-06, 2918-2928.
- Diniz, M. C. M. (2008). *No princípio não foi o verbo: e outros textos de psicologia*. Edições Colibri.
- Donovan, A., P., A & Basson M., A. (2017) The neuroanatomy of autism—A developmental perspective. 230(1): 4–15. <https://doi.org/10.1111/joa.12542>
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis & Intervention in Developmental Disabilities*, 5(1-2), 165–201. [https://doi.org/10.1016/S0270-4684\(85\)80012-4](https://doi.org/10.1016/S0270-4684(85)80012-4)
- Dunst, C. J. (2004). Revisiting "Rethinking Early Intervention" In M. A. Feldman (Ed.), *Early intervention: The essential readings* (pp. 262–283). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470755778.ch10>
- Dunst, C.J. (2010). Family and community life the contexts for supporting and Strengthening Child learning and development.
- European Agency for Development in Special Needs Education (EADSNE). (2010). *Intervenção Precoce na Infância: Progressos e desenvolvimentos*.
- Europsy (2015). Regulamento da EFPS sobre o Europsy e Apêndices. European Federation of Psychologists Associations.
- Ferreira, C. (2021). *Das Percepções às Práticas de Intervenção Precoce*. Intervir a tempo; mais vale prevenir. [Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Escola Superior de Educação de Fafe]. Repositório Comum.
- Ferreira, X. & Oliveira, G. (2016). Autismo e Marcadores Precoces do Neurodesenvolvimento. *Revista Científica da ordem dos Médicos*. Acta Med Port. 29(3):168-175. <https://doi.org/10.20344/amp.6790>
- Fox, S. E., Levitt, P., & Nelson, C. A. III. (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*, 81(1), 28–40. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x>
- Freitas, A. W., & Maliszewski, R. (2017). A busca de contato psicológico com autista através da pré-terapia: um estudo de caso. *Revista Thêma et Scientia*, 6(2E), 31-

51.

- Griffiths, R. (1984). *The Abilities of young children. A Comprehensive system of mental measurement for the first eight years of life.* London: The test Agency.
- Hipólito, J. (2011). Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano. *VOICES*, 18, 6-14.
- Hong, S. & Reynods-Keefer, L. (2013). Transdisciplinary team building: Strategies in creating early childhood educator and health care teams. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 5(1), 30-44.
<https://doi.org/10.20489/intjecse.107925>
- Malaquias, A. C., Ferreira, L. V., Souza, S. C., Arnhold, I. J. P., Mendonça, B. B., & Jorge, A. A. L. (2008). Síndrome de Noonan: do Fenótipo à Terapêutica com Hormônio de Crescimento. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 52(5), 800-808.
- Maliszewski, R., & Freitas, A. W. (2016). A busca de contato psicológico com autista através da pré-terapia: um estudo de caso. *Revista Têma et Scientia*, 6 (2E).
- McWilliam, R. A. (2010). *Routines- based early intervention: Supporting young children and their families.* Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013). *Saúde Mental das Crianças e Jovens- que Futuro? Os Novos Desafios Colocados pelos media e pelas Novas Tecnologias.* Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). *Contributo OPP-O Papel e Importância dos Psicólogos na Intervenção Precoce.* Lisboa.
- Papalia, E. D. & Feldman, D.R. (2013). *Desenvolvimento Humano.* (12nd ed). AMGH Editora. Pinto, A., I., Grande, C., Felgueiras, I., Almeida, I. C., Pimentel, J., & Novais, I. (2009). *Intervenção e investigação em idades precoces: O legado de J. Bairrão.* Psicologia, 22(2), 21-42. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v23i2.325>
- Relvas, A.P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto. pp.16-33
- Rodrigues, G. S., Seixas, S.R., & Piscalho, I.(2017). Apoio domiciliário: Perspetivas de Famílias e Educadores. *Revista da UIIPS-Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(1), 5-20.
- Rogers, C.R. (1983). *Um jeito de ser* (4ª ed.) EPU.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of

- caretaking casualty. In F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research*, 4, 187-244. Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A.J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In P. H. Mussen (Ed.) *Handbook of child psychology*, Vol.1. History, theory and methods. (pp.238-294). New York: John Wiley and Sons.
- SNIPi. (2023). Relatório de Atividade 2022. Comissão de Coordenação do SNIPi
- SNIPi-Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2015). Quem Somos. <https://snipi.gov.pt/quem%20somos>
- World Health Organization Geneva. (2018). The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria