

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR, INCLUSÃO E DESENVOLVIMENTO
BIOPSISSOCIAL DAS CRIANÇAS E RESPETIVAS FAMÍLIAS

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

Autora: Ana Sofia Lages Sampaio

Orientadora: Professora Doutora Catarina Tomé Pires

N.º da Candidata: 30009036

Setembro de 2024

Lisboa

Agradecimentos

A finalização desta etapa, vem nada mais nada menos, comprovar que existem sonhos possíveis de serem tornados realidade - apesar do caminho árduo. Foco, persistência, objetividade e humildade foram as minhas ferramentas para conseguir terminar este ciclo. Ainda assim, pude contar com várias colaborações para a finalização deste relatório, às quais manifesto imensa gratidão.

Agradeço, a todos os Docentes Universitários que se cruzaram no meu caminho e que foram sem dúvida, um contributo para o aumento dos meus conhecimentos. A todos os Docentes do Instituto Piaget de Almada e a todos os Docentes da Universidade Autónoma de Lisboa, o meu eterno agradecimento.

Um agradecimento especial e apreço à minha Orientadora, Professora Doutora Catarina Tomé Pires. Desde o primeiro dia foi a minha escolha para este caminho. A sua vocação para o ensino e a empatia para com os alunos em todas as aulas foram, pontos decisivos para a minha escolha.

Às minhas colegas universitárias, às “minhas meninas”, pela interajuda e força.

Às minhas Orientadoras de Estágio, Dra. Andreia Baleca e Dra. Madalena Marques, Psicólogas. Pelas aprendizagens, por toda a partilha de conhecimentos teóricos e práticos. Pela disponibilidade que ambas manifestaram desde o meu primeiro dia de estágio. Pela amizade e pelo carinho. Ficarei eternamente grata. Serão sempre os meus exemplos em termos profissionais.

À Equipa da Intervenção Precoce e ao Centro de Recursos Para a Inclusão, o meu eterno agradecimento por todas as partilhas e por me acolherem tão bem, desde o primeiro dia. Senti-me sempre em “casa”. A todos os profissionais de educação, Professores Titulares, Professores de Educação Especial, Educadoras de Infância, Diretores, Auxiliares e restantes técnicos pelo excelente acolhimento durante o ano letivo. A todas as crianças e famílias que acompanhei. Obrigada pelo voto de confiança.

À minha família, pois sempre me transmitiram a relevância do trabalho, do sacrifício e da humildade para atingirmos os nossos objetivos. Avós - Francisco e Cristina, tios, tias, primos e primas. Ao Paulo, meu pai, pelo exemplo de resiliência.

Ao meu Nelson e ao meu Miguel.

Resumo

O presente relatório é referente ao estágio curricular e, como tal, irá abordar a descrição do local onde o mesmo foi realizado, enquadramento teórico e respetivos casos clínicos em contexto da Intervenção Precoce e do Centro de Recursos para a Inclusão, no distrito de Setúbal. O estágio curricular foi o primeiro contacto profissional na área da Psicologia, cujos objetivos passaram por promover a aplicação dos conhecimentos teóricos e competências adquiridas em contexto académico e, proporcionar e desenvolver novas aptidões profissionais e pessoais. O estágio mencionado foi realizado num total de 451 horas.

No âmbito da Intervenção Precoce foram acompanhados diversos casos, tendo sido selecionado um caso do sexo feminino, com quatro anos de idade, com diagnóstico de PEA. Ao longo das intervenções efetuadas, foram visíveis evoluções positivas no desenvolvimento da criança, bem como, a emancipação da família. A Intervenção Precoce na Infância em Portugal foca um conjunto de políticas e medidas que visam fornecer o suporte e serviços especializados às crianças com alterações no neurodesenvolvimento ou fatores de risco ambiental e respetivas famílias, durante os primeiros seis anos de vida. O objetivo passa por promover o desenvolvimento global da criança, maximizando o seu potencial e promovendo a capacitação da respetiva família, através dos planos de intervenção precoce personalizados e adaptados às necessidades e preocupações existentes.

Por sua vez, no contexto do Centro de Recursos para a Inclusão foram efetuados apoios psicopedagógicos a três alunos do primeiro ciclo e foi selecionada, para o presente relatório, a observação e avaliação psicológica efetuada a uma aluna do segundo ano de escolaridade, com sete anos de idade. O objetivo do Centro de Recursos para a Inclusão passa pela promoção da aprendizagem e funcionalidade de alunos com necessidades específicas, bem como, pela criação de estratégias para habilitar os contextos escolares e a consciencialização da comunidade educativa para a inclusão de todas as crianças independentemente das suas especificidades.

Concluindo, reforça-se a importância do papel das Equipas Multidisciplinares em ambas as valências, uma vez que priorizam a saúde infantil, o bem-estar das crianças, destacando o papel da Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na promoção do bem-estar, inclusão e desenvolvimento biopsicossocial das crianças e respetivas famílias.

Palavras-chave: Intervenção Precoce, Centro de Recursos Para a Inclusão, Criança, Família

Abstract

This report refers to the curricular internship and, as such, will describe the place where it was carried out, the theoretical framework and the respective clinical cases in the context of Early Intervention and the Resource Center for Inclusion, in the district of Setúbal. The curricular internship was the first professional contact in the field of psychology, the aims of which were to promote the application of theoretical knowledge and skills acquired in an academic context and to provide and develop new professional and personal skills. This internship lasted a total of 451 hours.

Within the scope of Early Intervention, several cases were monitored, and a four-year-old female with a diagnosis of ASD was selected. Throughout the interventions carried out, positive developments were visible in the child's development, as well as the emancipation of the family. Early Childhood Intervention in Portugal focuses on a set of policies and measures aimed at providing support and specialized services to children with neurodevelopmental disorders or environmental risk factors and their families during the first six years of life. The aim is to promote the overall development of children, maximizing their potential and empowering their families, through personalized early intervention plans adapted to their needs and concerns.

In turn, in the context of the Inclusion Resource Center, psycho-pedagogical support was provided to three primary school students and the observation and psychological assessment of a seven-year-old second year student was selected for this report. The aim of the Inclusion Resource Center is to promote the learning and functionality of students with specific needs, as well as to create strategies to enable school contexts and raise awareness among the educational community of the need to include all children, regardless of their specificities.

In conclusion, the importance of the role of Multidisciplinary Teams in both settings is reinforced, as they prioritize children's health and well-being, highlighting the role of Clinical and Counselling Psychology in promoting the well-being, inclusion and biopsychosocial development of children and their families.

Keywords: Early Intervention, Inclusion Resource Center, Child, Family

Índice

Introdução.....	12
Parte I – Contextualização do Estágio.....	14
1.1. Caracterização da Instituição promotora do Estágio.....	15
1.2. População-alvo do Estágio.....	16
1.3. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – Equipa Local de Intervenção.....	16
1.4. Centro de Recursos para a Inclusão (CRI).....	21
1.5. Descrição do trabalho do Psicólogo na Instituição promotora do Estágio.....	24
1.5.1. Descrição do trabalho do Psicólogo na Equipa Local de Intervenção (ELI).....	24
1.5.2. Descrição do trabalho do Psicólogo no Centro de Recursos para a Inclusão (CRI).....	27
1.6. Objetivos do Estágio.....	28
1.7. Atividades desenvolvidas durante o Estágio.....	29
1.7.1. Atividades desenvolvidas durante o Estágio na Equipa Local de Intervenção (ELI).....	30
1.7.2. Atividades desenvolvidas durante o Estágio no Centro de Recursos para a Inclusão (CRI).....	31
1.8. Participação em Ações de Formação.....	36
1.9. Limitações durante o período de estágio.....	37
Parte II – Enquadramento Teórico.....	39
2.1. Desenvolvimento Humano.....	40
2.1.1. A Infância.....	44

2.1.2. A importância da Família.....	45
2.1.3. Promoção do bem-estar, Inclusão e Desenvolvimento Biopsicossocial das crianças e respetivas famílias.....	47
2.2. Perturbações do Neurodesenvolvimento mais recorrentes.....	51
2.2.1. Perturbação do Espectro do Autismo.....	53
2.2.2. Perturbação da Aprendizagem Específica (Dislexia).....	60
2.3. Intervenção Precoce em Portugal.....	68
2.4. Escola Inclusiva – Necessidades Educativas Específicas.....	70
2.5. A Psicologia no contexto educativo em Portugal.....	74
2.6. Instrumentos de Avaliação Ecológica e Psicológica utilizados em ambas as valências (ELI e CRI)	74
2.6.1. Ecomapa	74
2.6.2. Escala de Avaliação da Satisfação da Família com as Rotinas (EBR).....	75
2.6.3. Escala do Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (EDMG).....	75
2.6.4. Perfil Psico-Educacional 3.ª Edição (PEP-3).....	76
2.6.5. Figura Complexa de Rey-Osterrieth (FCR-O)	77
2.6.6. Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III).....	78
2.6.7. Teste do Desenho da Família.....	80
2.6.8. Matrizes Progressivas de Raven.....	81

Parte III – Casos Clínicos.....	83
3.1. Caso Clínico “AI” – Acompanhamento Psicológico.....	85
3.1.1. História Clínica e Familiar.....	86
3.1.2. Sessões do Acompanhamento Psicológico.....	88
3.1.3. Discussão e Reflexão do Acompanhamento Psicológico.....	104
3.2. Caso Clínico “C” – Observação e Avaliação Psicológica.....	107
3.2.1. História Clínica.....	108
3.2.2. Sessões de Avaliação Psicológica.....	110
3.2.3. Discussão e Reflexão da Avaliação Psicológica.....	116
Parte IV – Considerações Finais.....	118
4.1. Reflexões e Conclusões.....	119
Referências Bibliográficas.....	122
Anexos.....	134

Índice de Abreviaturas

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ACF – Abordagem Centrada na Família

ACIU - Atraso do Crescimento Intrauterino

AE – Agrupamento de Escolas

AGD – Atraso Global de Desenvolvimento

ANIP – Associação Nacional de Intervenção Precoce

APPDA – Associação Portuguesa Para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

DL – Decreto-Lei

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

CAFAP- Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CFP – Centro de Formação Profissional

CAARPD - Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade

CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

CAVI – Centro de Apoio à Vida Independente

CDCH – Consulta de Desenvolvimento Centro Hospitalar

CERCI - Centro de Recuperação de Crianças Inadaptadas

CID-11 - Classificação Internacional de Doenças, 11ª Edição

CPCJ- Comissão de Proteção Crianças e Jovens

CRI – Centro de Recursos para a Inclusão

CRSS – Centro Regional da Segurança Social

DCI (Departamento de Comunicação e Imagem)

DGE – Direção-Geral da Educação

DL- Decreto-Lei

DUA – Desenho Universal para a Aprendizagem

EBR- Entrevista Baseada nas Rotinas

EDMG- Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths

ELI- Equipa Local de Intervenção

EMAEI – Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

EUA – Estados Unidos da América

FCR-O - Figura Complexa de Rey-Osterrieth

HIV - Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana

IPI- Intervenção Precoce na Infância

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IRN – Instituto dos Registos e Notariado

MC-Mediador de Caso

MCP – Modelo Centrado na Pessoa

ME- Ministério da Educação

MS- Ministério da Saúde

MTSSS- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

NEE- Necessidades Educativas Especiais

NSE – Necessidades de Saúde Específicas

NST- Núcleos de Supervisão Técnica

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

PDI - Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PEA- Perturbação do Espectro do Autismo

PEP-3 – Perfil Psico-Educacional (3.^a Edição)

PEI – Plano Educativo Individual

PHDA- Perturbação de Hiperatividade com défice e atenção

PIIP- Plano Individual de Intervenção Precoce

PIT – Plano Individual de Transição

PL – Perturbação da Linguagem

PND- Perturbação de Neurodesenvolvimento

RSI – Rendimento Social de Inserção

RTP – Relatório Técnico-Pedagógico

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNIP- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

TA- Tendência Atualizante

TCC- Terapia Centrada no Cliente

UAL- Universidade Autónoma de Lisboa

UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade

USCP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO- World Health Organization

Índice de Tabelas

Quadro 1: Estádios de Desenvolvimento cognitivo segundo Piaget.....	42
Quadro 2: Sinais de alerta.....	54
Quadro 3: Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP).....	98

Introdução

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL) foi realizado um estágio curricular entre outubro de 2022 e julho de 2023.

A entidade recetora situa-se no Distrito de Setúbal sendo que, as horas de estágio foram distribuídas em duas valências da mesma, nomeadamente, na Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI) e no Centro de Recursos para a Inclusão (CRI). Tratou-se de um estágio autoproposto, uma vez trata-se de uma Instituição conhecida por algumas das suas respostas sociais e a sua principal missão de trabalho com o objetivo de apoiar os cidadãos com deficiência (pessoas com atraso de desenvolvimento, deficiência intelectual ou outras incapacidades) e suas famílias no direito à cidadania.

A valência da ELI desenvolve o seu trabalho numa área geográfica que engloba cinco freguesias no Distrito de Setúbal com sede numa Unidade de Saúde Familiar e integrada numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) contando com a parceria interministerial de um Agrupamento de Escolas (AE), Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

A valência do CRI desenvolve o seu trabalho na área geográfica anteriormente mencionada em parceria com o Ministério da Educação e intervêm em oito Agrupamentos de Escolas e três Escolas Secundárias.

Com início a 06 de outubro de 2022 e término a 31 de julho de 2023, foram realizadas um total de mais de 451 horas, correspondentes à via profissionalizante. A distribuição destas mesmas horas ocorreu semanalmente, às terças-feiras na ELI (09h00-17h00) e às quintas-feiras no CRI (13h30-17h30). Ainda assim, a disponibilidade horária foi reajustada por diversas vezes, de acordo com a necessidade de acompanhamento dos casos, da articulação de horários com as famílias e escolas e ainda, face à marcação de reuniões.

Enquanto estagiária, ressalva-se a oportunidade de aprendizagens e enriquecimento ao nível pessoal e profissional, sendo que, ao longo dos acompanhamentos e intervenções psicológicas, recorreu-se aos princípios, valores e práticas da Instituição, com base no Modelo Bioecológico, centrado na criança e respetivas famílias, seguindo o quadro Teórico Humanista, bem como, todas as partilhas e o trabalho em parceria com as Equipas Educativas (escolas).

Em conformidade com Tavares (2007), a infância é uma fase do desenvolvimento definida por aquisições e modificações essenciais, sendo estruturada em três fases, i.e., os dois primeiros anos de vida, período pré-escolar e por fim, ao período escolar. Alguns autores (e.g., Piaget (1964) consideram estas fases fundamentais no desenvolvimento humano devido às aquisições cognitivas e sociais que terão impacto no papel da criança tanto na família como na sociedade.

O papel do Psicólogo inserido nas Equipas Multidisciplinares, torna-se uma mais valia, uma vez que, através da sua prática profissional, assume a promoção do bem-estar das crianças e famílias, a promoção do desenvolvimento biopsicossocial, a promoção de competências parentais, a promoção do bem-estar entre a equipa e ainda, a promoção da inclusão social, consciencializando a comunidade para a construção de uma sociedade inclusiva com principal enfoque nos cidadãos com deficiências, incapacidades e/ou vulnerabilidades (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2023).

No que concerne à estrutura do presente relatório, este encontra-se dividido em quatro partes. A primeira parte centra-se na contextualização da Instituição recetora; caracterização da população-alvo; apresentação dos locais de estágio; explora-se o trabalho desenvolvido e ainda, a descrição do trabalho do Psicólogo. A segunda parte destina-se ao enquadramento teórico, no qual se pretende explorar os principais tópicos teóricos alusivos às problemáticas recorrentes. Segue-se a terceira parte com a apresentação dos casos clínicos: um caso clínico de acompanhamento psicológico, com diagnóstico Perturbação do Espetro do Autismo (PEA) e um caso clínico de avaliação psicológica, por suspeita de Perturbação da Aprendizagem Específica (Dislexia). Por fim, as alusivas considerações finais e reflexão pessoal da experiência em contexto de estágio.

Parte I – Contextualização do Estágio

1.1. Caracterização da Instituição promotora do Estágio¹

A Instituição promotora do estágio foi fundada no ano de 1962. Na presente data, conta com o estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos contando com trinta delegações por todo o país, autonomizadas e federadas.

A delegação onde o presente estágio ocorreu tem a sua sede inserida no Distrito de Setúbal, desde 1970, tendo nascido da iniciativa de diversos médicos e famílias com o objetivo de auxiliar pessoas com deficiência física e/ou intelectual no direito pela sua cidadania, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (garantindo que as mesmas tenham acesso igualitário a oportunidades, serviços e responsabilidades que fazem parte da vida em sociedade). Esta delegação intervém, também, no âmbito da educação, saúde, trabalho, ocupação e lazer.

Atualmente, a instituição dá apoio a mais de mil cidadãos e às suas respetivas famílias, através de ações e dinâmicas desenvolvidas nos mais diversos contextos (e.g., estruturas próprias, escolas) e com parcerias variáveis, inscritas e operacionalizadas no funcionamento de vinte e seis valências e projetos que atuam em diversas áreas ao longo de todo o ciclo de vida da população. As valências incluem: (1) Equipas de Intervenção Precoce (dos 0 aos 6 anos de idade); (2) Creche (a partir dos 3 meses até aos 3 anos de idade); (3) Centro Sócio-Educativo (dos 6 aos 18 anos de idade); (4) Centro de Recursos para a Inclusão - CRI (desde o pré-escolar até à saída da escolaridade obrigatória); (5) Centro de Recursos e Centro de Formação Profissional (CFP); (6) Centro de Atendimento, (7) Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência -CAARPD (a partir dos 18 anos de idade); (8) Centros de Atividades e Capacitação para a Inclusão – CACI (idade igual ou superior a 18 anos); (9) Centro de Apoio à Vida Independente (CAVI, Serviço de Assistência Pessoal à Pessoa com Deficiência); (10) Departamento de Comunicação e Imagem – Cultura e Participação (DCI-CP); (11) Escola de Equitação (todas as idades e igualmente aberta à comunidade); (12) Serviço de Jardinagem e Limpeza (a partir dos 16 anos de idade); (13) Respostas Residenciais (idade igual ou superior a 18 anos), (14) SAD (Serviço de Apoio Domiciliário, todas as idades); (15) União Desportiva para Inclusão e outros projetos em curso.

¹ Devido ao regulamento da Universidade Autónoma de Lisboa no que diz respeito anonimato e confidencialidade dos locais de estágio, assim como à lei de proteção de dados, as informações neste parâmetro do relatório, apesar de terem sido retiradas de fontes fiáveis, não serão referenciadas de modo a cumprir as exigências do documento anteriormente mencionado.

1.2. População-Alvo do Estágio

Uma vez que o estágio ocorreu em duas valências da Instituição, a população alvo foram crianças entre os zeros meses e onze anos de idade. Por um lado, o trabalho desenvolvido na Equipa Local de Intervenção (ELI) permitiu-me ter contacto com crianças entre os 0 e 6 anos de idade, que apresentavam alterações em várias funções (e.g., fisiológicas dos sistemas orgânicos) alterações nas estruturas do corpo (e.g., partes anatómicas do corpo), ou ainda, fatores de risco biológico e/ou ambiental (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI], 2015). Estes são alguns conceitos utilizados pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), abrangidos pelo Dec. Lei 281/2009 de 06 de outubro, que definem que estas mesmas alterações, limitam as participações nas atividades típicas do desenvolvimento das crianças, bem como, a capacitação das famílias. Por outro lado, no Centro de Recursos para a Inclusão (CRI), tive a possibilidade de efetuar o acompanhamento psicopedagógico a alunos com necessidade de mobilização de medidas adicionais de suporte à aprendizagem e inclusão. Estas medidas, definidas no Relatório Técnico-Pedagógico (RTP) e no Programa Educativo Individual (PEI) dos alunos abrangidos pelo Dec. Lei 54/2018, apoiam a escola parceira (estas parcerias são estabelecidas entre a IPSS e os Agrupamentos de Escolas do Distrito. Adicionalmente o CRI, enquanto resposta social, encontra-se regulamentado pelo Dec. Lei 54/2018 de 06 de julho e acreditado pelo Ministério da Educação e Ciência.

1.3. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – Equipa Local de Intervenção

O SNIPI, criado pelo Dec. Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro, integra um conjunto de serviços organizados por 3 Ministérios: Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSS), Saúde (MS) e Educação (ME), contando com o envolvimento das famílias e respetiva comunidade (SNIPI, 2015). A Intervenção Precoce na Infância (IPI) consiste num conjunto de medidas de apoio integrado que tem como foco a criança e família, além de, abranger ações de prevenção e reabilitação nas diferentes áreas, nomeadamente, educação, saúde e social (SNIPI, 2015).

A organização do SNIPI baseada na articulação entre os 3 Ministérios subdivide-se: (1) a nível nacional, através da Comissão de Coordenação do SNIPI, constituída por representantes do ME, MS e MTSS; (2) A nível regional, através das Subcomissões de Coordenação regional,

constituídas por profissionais designados pelo ME, MS e MTSS; (3) A nível local, através das Equipas Locais de Intervenção (ELI), constituídas por profissionais de saúde, educação e de serviço social. Desta forma, o SNIPI tem como missão: (a) garantir a intervenção precoce na infância; (b) assegurar a proteção dos direitos das crianças, bem como, o desenvolvimento das suas capacidades; (c) identificar e referenciar todas as crianças com necessidades e intervir no seu contexto familiar, mediante consentimento; (d) apostar na prevenção ou redução dos riscos de atraso no desenvolvimento, com especial enfoque no apoio às famílias no acesso aos diferentes sistemas, segurança social, saúde, educação e no envolvimento da comunidade (SNIPI, 2015).

De acordo com o Dec. Lei 281/09 de 6 de outubro, o apoio no âmbito do SNIPI, tem como população alvo crianças com idades compreendidas entre os 0 e 6 anos e as suas famílias, que apresentem as seguintes condições:

- Grupo 1 – “Alterações nas funções ou estruturas do corpo”, i.e., que exista alguma limitação que prejudique o desenvolvimento normal e participação nas atividades típicas, sendo considerados os referenciais das fases do desenvolvimento (ICF – CY, 2007);
- Grupo 2 – “Risco grave de atraso de desenvolvimento”, ou seja, existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança” (ICF – CY, 2007).

Neste sentido, são elegíveis para acesso ao SNIPI, todas as crianças do 1º grupo e as crianças do 2º grupo, que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental.

Consideram-se crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo (Grupo 1), crianças que apresentem Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida, ou seja, abrangem uma ou mais áreas (e.g., motora, física, cognitiva), validado por avaliação fundamentada por profissional competente para o efeito, mais especificamente, baseado num diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento (SNIPI, 2015), tais como: (1) Cromossómica (e.g., Trissomia 21, Trissomia 18); (2) Neurológica (e.g., paralisia cerebral); (3) Congénitas (e.g., síndromes polimalformativos); (4) Metabólica (e.g., mucopolisacaridoses); (5) Sensorial (e.g., baixa visão/cegueira, surdez); (6) Exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, como por exemplo cocaína e/ou outras substâncias (e.g., síndrome fetal alcoólico); (7) Infecções severas congénitas (e.g., HIV, meningite); (8) Crónica grave (e.g., tumores do SNC, D); (9) Atípico com alterações na relação e comunicação

(e.g., perturbações do espectro do autismo) ou graves da vinculação e outras perturbações emocionais.

Consideram-se crianças com Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento (Grupo 2), aquelas que são expostas a fatores de risco biológico, i.e., estão em risco de manifestar limitações na atividade e participação por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento (SNIPI, 2015) e que se baseiam em diagnósticos relacionados com: (1) Anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento; (2) Intra-uterina a tóxicos (e.g., álcool); (3) Pré-natais graves (e.g., Hipertensão, toxemia) (4) Tempo inferior a 33 semanas de gestação; (5) Baixo peso à nascença (< 1,5Kg); (6) Crescimento Intra-uterino (ACIU): Peso de nascimento <percentil 10 para o tempo de gestação; (7) Perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais); (8) Neonatais graves (e.g., sépsis, meningite); Intraventricular; Congénitas (Grupo TORCH); (9) HIV positiva; (10) Sistema nervoso central (e.g., Meningite bacteriana); (11) Cranianos graves ou média crónica com risco de défice auditivo. Inclusive, ainda no Grupo 2, são integradas crianças expostas a fatores de risco ambiental com a existência de fatores parentais ou contextuais, que atuam como obstáculo à atividade e à participação da criança, limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar. São entendidos como fatores de risco parentais os seguintes: (1) Ser adolescentes (< 18 anos); (2) Consumo de álcool ou outras substâncias aditivas; (3) Ativos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual); (4) Passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (e.g., saúde, alimentação, higiene e educação); (5) Problemas do foro psiquiátrico; (6) Problemas físicos de incapacidade ou atividade física limitada.

Por fim, segundo os Critérios de Elegibilidade do SNIPI (2015), devemos, ainda, ter em consideração o papel de alguns fatores contextuais, como:

- O nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais;
- Discriminação sociocultural e étnica, racial ou sexual;
- Discriminação religiosa;
- Conflitualidade na relação com a criança e/ou Pobreza (e.g., recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social (e.g., famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da ação social);
- Familiar (e.g., negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene); acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à

criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interação mãe/pai-criança.

Segundo o SNIPI (2015) e no que tange às práticas recomendadas, identificam-se quatro alíneas relevantes a ter em consideração durante as intervenções e acompanhamentos das crianças referenciadas e respetivas famílias:

- 1) Abordagem Centrada na Família (ACF);
- 2) Intervenção Centrada nos Contextos Naturais e Inclusivos;
- 3) Trabalho em Equipa Multidisciplinar;
- 4) Coordenação e Integração dos Serviços e Recursos.

Cabe aos técnicos da ELI, envolverem a família, visto esta ser a principal responsável pelos cuidados à criança (e.g., promoção do desenvolvimento e qualidade de vida). Uma vez que é a família quem melhor conhece a criança e a quem compete a tomada de decisões sobre assuntos que lhes dizem diretamente respeito, são estas que têm competências e potencialidades e devem ser consideradas parte integrante das soluções, visto que (em geral), sabem auxiliar nos recursos a mobilizar, salvo em casos extremos.

O objetivo passa por capacitar e empoderar a família através do Modelo de *Empowerment*, ou seja, capacitar através da criação de oportunidades para que todos os membros da família possam demonstrar e adquirir competências que consolidem o funcionamento familiar - coresponsabilizar (Dunst, 1988). Adotam-se intervenções centradas nos contextos naturais e inclusivos, tendo em conta que o desenvolvimento das crianças ocorre através de interações contínuas, recíprocas e dinâmicas com o meio. Mesmo quando uma intervenção possa ocorrer em contexto educativo, cabe ao técnico da ELI, adotar um papel técnico de consultoria colaborativa, ou seja, deverá integrar as atividades da sala, respeitar o espaço da equipa educativa, centrar-se em tornar as rotinas mais eficazes para a criança e respetiva equipa educativa, comunicar durante a atividade, posicionar-se de forma a poder observar e modelar, centrar-se no envolvimento/independência e relações sociais existentes e fazer sempre o ponto da situação antes de sair.

Em suma, a IPI tem como objetivo apoiar as famílias na concretização dos seus próprios objetivos, através da promoção do desenvolvimento da criança em áreas essenciais. Ademais, procurar reforçar a autonomia e competências, através do incentivo à participação nas atividades quotidianas adequadas à idade. Adicionalmente, tem o intuito de contribuir para o crescimento, proporcionando experiências de aprendizagem significativas, prevenir dificuldades futuras e apoiar as famílias na identificação e resposta às preocupações, prioridades e necessidades (SNIPI, 2015).

Segundo o SNIPI (2015) é atribuído um profissional, i.e., um Mediador de Caso (MC) a cada criança e respetiva família, sendo apoiado pela restante equipa e responsabilizando-se pela comunicação com a família, elaboração e concretização do Plano Individual da Intervenção Precoce (PIIP, anexo f). E, sempre que necessário, é responsável pela articulação com outros serviços da comunidade, na eventualidade de se revelarem essenciais (e.g., tribunais, associações da comunidade, linhas de apoio social). Adicionalmente, um MC deverá considerar a família como a unidade de intervenção, o que leva à obrigatoriedade de prestar e partilhar toda a informação que considere relevante, trabalhando em colaboração/parceria com a mesma (SNIPI, 2015).

Independentemente do contexto de atuação/intervenção, é defendida a utilização de um PIIP, visto ser um instrumento flexível e fundamental para orientar toda a intervenção. O seu principal objetivo é promover a colaboração entre profissionais e famílias na definição de metas de intervenção. Ademais, permite a facilitação e mobilização de recursos considerados necessários, possibilitando que as famílias consigam alcançar objetivos estabelecidos por estas (SNIPI, 2015).

O PIIP deverá responder às prioridades e preocupações das famílias em prol das necessidades das crianças referenciadas, respeitando as suas rotinas, contendo não só as situações mais “problemáticas”, mas também os pontos fortes. Este instrumento, deverá ainda ser (re)avaliado sistematicamente, por forma a aferir os progressos e alterações necessárias, elaborando-se com base nos resultados da Avaliação da criança nos seus contextos (Dec-Lei nº281/2009, Artigo 8º). Prevê as medidas e as ações a serem desenvolvidas, através de uma abordagem centrada na família, no fortalecimento das suas capacidades e na definição conjunta de estratégias de intervenção e utilização de fontes de apoio (Almeida, 2004, p.65). Salienta-se que o documento pertence à família, pelo que, não deverá ser partilhado sem a sua expressa autorização.

De acordo com o SNIPI (2015), a colaboração da família na elaboração do PII é extremamente relevante, uma vez que são as famílias que melhor conhecem a criança, i.e., existe uma relação de afetividade. Adicionalmente, muitas oportunidades de aprendizagem são resultado das rotinas diárias das crianças e, por sua vez, são as famílias que têm as condições para promoverem o desenvolvimento da criança através de apoios e outros recursos necessários. Como tal, o sucesso da intervenção depende do envolvimento da família, cabendo aos

profissionais dar a conhecer e promover a inclusão e os Direitos das crianças e respetivas famílias.

Na avaliação da criança consoante as suas necessidades, são utilizados diversos instrumentos de avaliação, nomeadamente a Avaliação Ecológica (e.g., observação, anamnese, ecomapa) e a Avaliação Psicológica e escalas (e.g., *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths II*). Reforça-se que são utilizados os materiais existentes nos contextos naturais da criança ou são construídos materiais, de acordo com os referidos contextos e adaptados à criança e família em questão.

1.4. Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)

Os CRI, segundo o Art.º 18.º do Dec. Lei 54/2018, são serviços especializados, acreditados pelo ME e têm como principal missão, apoiar as escolas na promoção do sucesso educativo dos alunos com medidas adicionais de suporte à aprendizagem e Inclusão definidas no RTP e no PEI, abrangidos pelo Dec. Lei 54/2018.

O processo de reorientação das escolas de Educação Especial baseou-se no princípio de que o conhecimento e a experiência não devem ser desperdiçados, mas sim integrados na inclusão dos alunos com necessidades educativas. Reconhecendo assim que a existência de um sistema educativo paralelo pode contribuir para o isolamento e, como tal, é importante criar condições que promovam a participação e inclusão social de todos os alunos (Direção Geral da Educação, 2018).

Posto isto, a criação de uma rede nacional de CRI, constituiu uma mudança decisiva na educação nacional, mais concretamente, no sentido da promoção da inclusão, uma vez que incentivou o desenvolvimento de projetos de parceria entre as escolas e as estruturas da comunidade, através de recursos especializados para apoiar o desenvolvimento das escolas, porém e desta vez, com vista à inclusão. Ou seja, o principal objetivo, destina-se a apoiar a inclusão dos alunos através da facilitação do acesso ao ensino, formação, trabalho, lazer, à participação de uma vida social e autónoma, promovendo assim as suas potencialidades, através de um serviço especializado, facilitador da implementação de políticas e de práticas de Educação Inclusiva, no âmbito de parcerias pedagógicas e de desenvolvimento com as escolas (Direção-Geral da Educação & Direção de Serviços de Educação Especial e de Apoios Socioeducativos, 2015)

Os CRI têm como base o modelo de qualidade de vida, definido por Schalock (1994), orientando as suas atividades com base numa Abordagem Ecológica, ou seja, através de uma compreensão do comportamento através da avaliação da discrepância entre as capacidades/competências da pessoa e o desempenho de atividades e competências requeridas no contexto em que esta se insere; através da melhoria em termos de independência, contribuições, relacionamentos e participações em contexto educativo e comunitário tendo como objetivo o bem estar pessoal; e por fim, através da implementação de apoios por forma a reduzir discrepância existente entre as capacidades e competências da pessoa e os requisitos/exigências do contexto em que esta se insere (Ministério da Educação, 2007).

Segundo a DGE (2018), a ação dos CRI tem como princípios estruturantes: trabalho colaborativo; serviço de proximidade; serviço de retaguarda; intervenção nas pessoas e nos contextos. Aprofundando, mediante as diretrizes do ME (2007), os CRI devem prestar serviços sob a orientação:

- a) Serviços de proximidade: Da comunidade, para a comunidade e com a comunidade, facilitando a manutenção da rede social de apoio ou a construção de redes na área de residência.
- b) Serviço de retaguarda: O CRI deverá funcionar como uma estrutura de retaguarda, possuindo conhecimentos vastos com recursos especializados.
- c) Trabalho em parceria: O CRI funciona sempre em parceria com os agrupamentos das escolas.
- d) Intervenção nas pessoas e nos contextos: As intervenções deverão ser focadas no sentido de promover a compatibilidade da pessoa/contexto.
- e) Planos Individualizados: Os planos deverão ser individualizados e personalizados, visto que cada criança e jovem correspondem a diferentes necessidades, tipos de resposta logo por sua vez, deverão ser implementadas diferentes estratégias.
- f) Intervenções dinamizadas através da metodologia de gestão de caso: Processo colaborativo em que se executa uma recolha de dados, planeia-se, implementa-se, coordena-se, monitoriza-se e avaliam-se as opções e serviços necessários de modo a responder às necessidades do bem-estar da criança e/ou jovem, recorrendo a todos os recursos e serviços necessários.
- g) Planeamento, monitorização e avaliação das intervenções de acordo com quadros de análise previamente identificados: Cada intervenção efetuada pelo CRI carece de

uma planificação cronológica, nomeadamente, planeamento / implementação / monitorização / avaliação.

Define assim o ME de acordo com a DGE (2018), as áreas chave dos CRI, tais como: (1) Referenciação e avaliação das crianças/jovens com necessidades específicas; (2) A execução de atividades de enriquecimento curricular, bem como, a realização de programas específicos de atividades físicas e a prática de desportos adaptados; (3) A execução de respostas educativas de educação especial, entre outras (e.g. ensino do Braille, treino visual, orientação/mobilidade, terapias); (4) Desenvolvimento de estratégias de educação que se considerem pertinentes; (5) Desenvolvimento de ações de apoio à família; Transição para a vida pós-escolar; (6) Integração em programas de formação profissional; (7) Preparação dos jovens para a integração em centros de emprego apoiados e/ou centros de atividades ocupacionais; (8) Produção de materiais de apoio ao currículo em formatos acessíveis; (9) Ações dirigidas à família e comunidade educativa; entre outras ações que se mostrem necessárias.

Em resumo, o CRI desempenha um papel fundamental na construção de uma educação mais inclusiva e equitativa em Portugal, contribuindo para a promoção do acesso equitativo à educação e o desenvolvimento pleno de todos os alunos (Direção-Geral da Educação & Direção de Serviços de Educação Especial e de Apoios Socioeducativos, 2015).

Enquanto Estagiária de Psicologia, foi possível atuar no âmbito do CRI como um serviço de suporte técnico e pedagógico que através de uma variedade de recursos, materiais e equipamentos adaptados, respondeu-se às necessidades físicas, sensoriais e intelectuais dos alunos, bem assim como, apoiou-se a equipa educativa na implementação de práticas educativas e nas adaptações curriculares.

1.5. Descrição do Trabalho do Psicólogo na Instituição Promotora do Estágio

1.5.1. Descrição do Trabalho do Psicólogo na Equipe Local de Intervenção (ELI)²

Tal como explanado anteriormente, as equipas de IPI – são multidisciplinares e trabalham em transdisciplinaridade. A ELI, onde o estágio decorreu, instala-se numa Unidade de Saúde Familiar e é constituída por sete Técnicos (uma Técnica de Serviço Social, um Terapeuta da Fala, uma Psicóloga, uma Fisioterapeuta e três Docentes de Educação Especial (que desempenham funções num horário de trabalho completo, cedidos no âmbito da parceria entre o SNIPI e o Agrupamento de Escolas parceiro). De referir que fazem, ainda, parte da equipa os elementos da Saúde (parceria entre o SNIPI e o ACES), nomeadamente um Médico e uma Enfermeira (atualmente destacados para outras funções, não tendo sido à data substituídos). Todos os outros Técnicos, encontram-se afetos a meio tempo, na parceria estabelecida entre o SNIPI e a Instituição.

A existência de uma equipa multidisciplinar que adota um modelo transdisciplinar, facilita a partilha de conhecimentos e informações entre os diferentes profissionais. Esta metodologia permite uma visão holística e abrangente da criança e da família. De acordo com a OPP (2018) o trabalho do/a psicólogo/a nas ELIS, centra-se na capacitação da família, através da promoção de competências e recursos. E, como tal, o principal objetivo é garantir o desenvolvimento saudável da criança, o seu bem-estar e a sua saúde (física e mental), assim como da família. Deste modo, é possível contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e para a construção de relações interpessoais saudáveis.

No âmbito da ELI promotora do estágio e seguindo, igualmente, as diretrizes da OPP (2018), foi possível enquanto Estagiária de Psicologia, compreender o papel do Psicólogo/a, através da:

- Realização de Avaliações centradas nas famílias, procurando identificar e avaliar necessidades, preocupações, valores e expectativas das famílias, bem como, promover capacidades, competências, recursos e fontes de apoio;
- Realização das Avaliações Psicológicas das crianças, avaliando o desenvolvimento (cognitivo, emocional e psicológico), as características comportamentais e a

² A informação do parâmetro 1.5.1 não se encontra devidamente referenciada, uma vez que foi escrito com base na minha experiência enquanto psicóloga estagiária, não estando a informação disponibilizada nas fontes oficiais do local de estágio.

existência de problemas de saúde psicológica ou do desenvolvimento através de instrumentos validados;

- Promoção dos Aconselhamentos Psicológicos, através da partilha de informações sobre as características desenvolvimentais e comportamentais das crianças, assim como, sobre os padrões relacionais das famílias e as suas implicações para as crianças, as famílias e os sistemas sociais alargados, facilitando o desenvolvimento de relações positivas, promovendo o ajustamento à realidade, expressões do luto, o desenvolvimento de competências parentais e de resiliência e gestão do stress, mobilizando os recursos pessoais necessários para desenvolver competências de resolução de problemas e autonomia; promovendo estratégias de educação parental e de literacia para a família;
- Promoção e Apoio nos processos de transição e integração em serviços educativos (berçário, creche, pré-escola e entrada na escolaridade obrigatória), através das avaliações das necessidades educativas das crianças e proporcionando sempre, informações aos pais/cuidadores ou aos profissionais para a tomada de decisão sobre a resposta educativa adequada;
- Formação de outros profissionais, ou seja, o/a Psicólogo/a pode partilhar competências e apoiar a formação dos restantes profissionais sobre temáticas como o Desenvolvimento e Psicopatologia Infantil, o trabalho terapêutico com os pais, a Escuta Ativa ou Comunicação Positiva. O/A Psicólogo/a pode promover relações de equipa saudáveis e implementar estratégias de prevenção do *burnout*;
- Investigação e promoção da literacia e a Inclusão, pois cabe ao/a Psicólogo/a contribuir para o desenvolvimento de serviços de IPI de qualidade e em termos gerais, informar o público geral sobre assuntos relacionados com a incapacidade e as necessidades específicas das famílias, desmistificando os preconceitos, de modo a ultrapassar barreiras sociais à Inclusão e reduzir o estigma e a discriminação social;
- Intervenção em situações de crise e emergência, pois o/a Psicólogo/a deve estar preparado para trabalhar com as famílias, restantes profissionais da equipa e a comunidade em situações de crise como suicídios, homicídios, desastres naturais, violência, abuso sexual, etc.

Em conformidade com Buysse e Wesley (2005) e relativamente ao modo como a intervenção da IPI se processa, cada vez que é referenciada uma criança à equipa, apresentam-se as sete etapas seguintes:

- 1) Referenciação: O processo inicia-se com a referenciação das crianças através da comunicação e formalização aos serviços da IPI. A referenciação deverá respeitar a área geográfica abrangente, de acordo com a morada de residência da criança. A referenciação poderá ser efetuada por qualquer pessoa e/ou entidade (desde a família, creches, jardins de infância, amas, hospitais, centros de saúde, CPCJ, outros serviços), desde que surjam preocupações/dúvidas acerca do desenvolvimento das crianças ou perante diagnóstico. A referenciação é efetuada através do preenchimento do modelo/formulário “Ficha de Referenciação” (anexo d) que se encontra disponível no site do SNIPI. Posteriormente ao seu preenchimento, o modelo deverá ser remetido à ELI da área geográfica abrangente.
- 2) Contactos: Os primeiros contactos e a respetiva articulação com a família/contexto educativo, resultam na partilha e recolha de informações; no esclarecimento sobre os serviços; na compreensão das principais e reais necessidades da criança; bem como, nas expectativas por parte da família e respetivos consentimentos.
- 3) Segue-se a fase de avaliação de critérios por parte da ELI, onde se verifica a elegibilidade (anexo c) para o acompanhamento de cada criança/família (decidido em reunião de equipa), sendo igualmente designado o Mediador de Caso (MC). Assim que é designado o responsável do caso, este deverá entrar em contacto com a família (contexto educativo, entre outros), bem como, proceder à elaboração do PIIP (anexo f).
- 4) Avaliação efetuada na IPI: Esta etapa consiste na identificação das preocupações, necessidades, nas prioridades, nas expectativas e nos recursos da família, tendo sempre em consideração as competências funcionais das crianças e as especificidades dos contextos. Todas estas questões devem constar no PIIP (anexo f). Importa salientar que por vezes, são referenciados casos em que se constate apenas a necessidade de vigilância, por não apresentarem todos os critérios de elegibilidade necessários ao acompanhamento ou porque as respetivas famílias já trataram dos apoios especializados necessários. Nestes casos, o MC articula com a família periodicamente acerca do processo evolutivo da criança e respetiva situação familiar, podendo, inclusive, articular com a equipa especializada que já acompanha a criança.

- 5) Desenvolvimento do PIIP: Nesta fase, são estabelecidos os compromissos, a definição dos objetivos a atingir, as estratégias a serem implementadas, os recursos necessários para as atingir existentes e os indicadores de sucesso.
- 6) Implementação e Monitorização: Esta etapa encontra-se relacionada com as práticas das estratégias e as atividades nos diferentes contextos naturais das crianças.
- 7) Avaliação dos resultados e da satisfação: Aqui chegados, pretende-se aferir a avaliação e a satisfação das famílias no que concerne à concretização dos objetivos. É efetuada uma reunião de avaliação com todos os intervenientes do caso e são discutidos todos os pontos.
- 8) Transição: A última etapa, resume-se à planificação e preparação sempre que existe uma transição na vida da criança e família (mudança de contexto, como domicílio para contexto educativo, mudança entre contextos educativos ou para o primeiro ano). É efetuado o relatório de transição (anexo g) que acompanha a criança para outro equipamento.

Enquanto Estagiária de Psicologia, no decorrer do período de estágio, foi possível a observação e intervenção por etapas (conforme acima descritas) de diversos casos referenciados à ELI.

1.5.2. Descrição do Trabalho do Psicólogo no Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)

As equipas dos CRI são igualmente multidisciplinares, como já mencionado. No Agrupamento de Escolas parceiro, mais concretamente, na Escola Básica onde o estágio decorreu, o CRI é composto por uma Psicóloga, uma Terapeuta da Fala e um Psicomotricista.

Tal como já explanado, os apoios especializados pretendem dar respostas que possam ir ao encontro das reais necessidades e Perfil de Funcionalidade das crianças e jovens em acompanhamento. Para cada aluno, são elaborados o Relatório Técnico-Pedagógico (RTP) (no caso de mobilização de medidas seletivas) e o Programa Educativo Individual (PEI) (no caso de medidas adicionais, nomeadamente adaptações curriculares significativas), bem como, o Plano Individual de Transição (PIT), que é concebido três anos antes da idade limite da escolaridade obrigatória, configurando-se, assim, a otimização das suas aprendizagens e níveis de participação, de modo a serem alcançados os objetivos e as competências curriculares definidas no seu PEI, permitindo aos mesmos um equilíbrio biopsicossocial.

Foi possível enquanto Estagiária de Psicologia, compreender o papel do Psicólogo/a, no CRI (durante o período de estágio) através da:

- Colaboração enquanto elemento variável da equipa multidisciplinar de apoio à Educação Inclusiva;
- Colaboração no processo de identificação de medidas de suporte à aprendizagem e no processo de transição para a vida pós-escolar;
- Desenvolvimento de ações de apoio à família, pares, professores, contexto educativo e comunidade;
- Prestação de apoios especializados nos contextos educativos, tendo em conta que o tipo de intervenção, a frequência e a intensidade dos apoios especializados devem estar definidos no RTP e no PEI dos alunos;
- Prestação de apoios de retaguarda aos professores, pais, pares e outros profissionais, transversal às diferentes fases de intervenção educativa (Avaliação, Planeamento e Intervenção), visando a capacitação da equipa educativa;
- Realização de intervenções em grupo, por exemplo em grupo/turma, sempre que o desenvolvimento de competências passou pelo contributo dos pares; realização de apoios individuais, quando o objetivo passou por desenvolver competências específicas a serem generalizadas.

1.6. Objetivos do Estágio

Devemos compreender um estágio curricular como um processo que conjuga a experiência teórica com a experiência prática, no âmbito do exercício das funções de determinada categoria profissional. Um estágio apresenta como objetivo principal, um treino introdutório à prática profissional, em contexto real, permitindo, assim, que os estudantes integrem conhecimentos teóricos e práticos, adquiriram procedimentos relacionados com o conhecimento psicológico, iniciem a sua prática sob supervisão, consigam refletir e discutir as suas e outras atividades e comecem a trabalhar num contexto real com profissionais (Europsy, 2015).

Tornou-se assim uma etapa de crescimento profissional e pessoal, através do desenvolvimento e valorização de competências e outros tantos atributos, como a capacidade de organização e gestão de tempo. Por fim, e não menos importante, a possibilidade de interação

com as crianças e respectivas famílias, sendo de louvar a importância que Instituição em causa, tem na vida de muitas crianças/famílias e tudo aquilo que lhes pode oferecer (em termos educativos e comunitários). Caminhando assim juntos na promoção de um bem-estar e desenvolvimento biopsicossocial.

Tendo em consideração a prática profissional de um Psicólogo Clínico em ambas as valências de estágio (ELI e CRI), enumeram-se os seguintes objetivos gerais para o presente trabalho:

- Colocação em prática dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos anos de formação académica, adaptando-os à prática clínica;
- Investimento em formações, workshops, palestras, entre outras iniciativas para aprofundamento de conhecimentos;
- Adquirir e desenvolver novas competências profissionais e sociais;
- Interpretar e observar com empatia as funções exercidas pelas equipas multidisciplinares nas várias dimensões desenvolvidas pela Instituição.

Sendo ainda possível, enumerar alguns objetivos específicos como: (a) aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos; (b) acompanhamento e avaliação ecológica com recurso à correta utilização de instrumentos desde Observação Naturalista; Ecomapas; EBR; PIIP, entre outros; (c) acompanhamento e avaliação psicológica com recurso a instrumentos psicológicos; (d) elaboração de recursos e materiais de apoio/ disseminação de materiais que vão ao encontro das Necessidades Educativas dos alunos; Trabalho Transdisciplinar em Equipa Multidisciplinar (análise e discussões de casos), bem como, a cooperação com a comunidade educativa (articulação junto de Professores Titulares; Professores de Ensino Especial; Educadores de Infância; EMAEI; Encarregados de Educação, famílias); (f) Trabalho com as famílias através da observação, consciencialização e promoção das capacidades parentais.

1.7. Atividades desenvolvidas durante o Estágio

De acordo com as valências (ELI e CRI) e atendendo às especificidades das crianças e respectivas famílias, foram desenvolvidas inúmeras atividades desde outubro de 2022 a julho de 2023.

Tal como mencionado anteriormente, estágio decorreu entre outubro de 2022 e julho de 2023, tendo sido definido o seguinte horário: às terças-feiras, a tempo inteiro (das 09h00 às

17h00) na ELI e às quintas-feiras, a tempo parcial (das 13h30 às 17h30) no CRI. Não obstante, sempre que solicitado e necessário, compareci na Instituição em outros dias semanais, cumprindo outros horários.

1.7.1. Atividades desenvolvidas durante o Estágio na ELI

As atividades desenvolvidas no âmbito da ELI, assentaram em ações de caráter preventivo e reabilitativo, assegurando sempre uma intervenção centrada na família, pois só assim, foi possível dar resposta às necessidades e prioridades das crianças referenciadas e suas famílias (Dunst & Bruder, 2002).

A fase inicial do estágio na ELI foi marcada pela dinamização de atividades de preparação, integração e adaptação à valência:

- a) Conhecimento do SNIPI;
- b) Consulta do manual “*Guia das Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce - Um Guia para profissionais*”;
- c) Consulta de legislação relativa à Intervenção Precoce, ao SNIPI; Convenção dos Direitos da Criança, Orientações Curriculares, Inclusão;
- d) Leitura de artigos sobre as temáticas pertinentes;
- e) Leitura e consulta de algumas obras inerentes às temáticas;
- f) Reunião de acolhimento com a entidade promotora de estágio e a UAL;
- g) Reunião com as orientadoras do estágio;
- h) Consulta de processos sob supervisão;
- i) Acolhimento e integração na equipa multidisciplinar;
- j) Participação nas reuniões de equipa.

Posteriormente, a fase de acompanhamento dos casos, permitiu a possibilidade de desenvolver atividades, diretas e indiretas. Foram várias as deslocações efetuadas nas primeiras semanas e através da observação naturalista, obteve-se uma melhor perceção das crianças referenciadas, das dinâmicas familiares, dos diferentes contextos (e.g., domicílios, creches, jardins de infância) e ainda, da dinâmica das equipas educativas e da ELI que possibilitou uma melhor compreensão das práticas efetuadas na IPI.

Foram realizadas visitas aos diferentes contextos educativos (creches, jardins de infância, instituições), enquanto estagiária. Percecionei as necessidades das crianças, bem como, algumas das dificuldades que os profissionais em sala enfrentam. Procedeu-se à

avaliação ecológica e psicológica dos casos referenciados (nomeadamente os casos em que a Orientadora de Estágio, foi designada MC) e foram vários os momentos de partilhas de estratégias de suporte, para a promoção do bem-estar e desenvolvimento das crianças. Por norma, as visitas ocorriam com a duração de 45-60 minutos. Enquanto Estagiária e sob supervisão, acompanhei as diferentes atividades/rotinas (consoante a planificação da sala).

Foram igualmente realizadas visitas aos diferentes domicílios das crianças referenciadas e cujas quais, não se encontravam integradas em quaisquer contextos educativos. Procedeu-se ao diálogo com as famílias (contribuindo para o apoio emocional e o apoio informativo); à realização de sessões de estimulação; à participação nas dinâmicas familiares, de modo a consciencializar as famílias e potenciar as suas capacidades, indo sempre ao encontro das necessidades manifestadas.

Ao longo do estágio, semanalmente e com a duração de três horas (14-17h), na USF, decorreram as reuniões com a Equipa Multidisciplinar com os diferentes técnicos da ELI. A possibilidade de participar nas referidas reuniões foi enriquecedora na medida em que a partilha de informações; o esclarecimento de dúvidas; a atribuição, análise e discussão de casos; bem como, a reflexão das práticas por parte dos técnicos, constituíram momentos de grandes aprendizagens.

Importa salientar que no acompanhamento de alguns casos referenciados e em trabalho colaborativo, realizaram-se reuniões com diversos parceiros, desde Casa de Acolhimento, Centro de Saúde, Hospital, CPCJ, Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP).

A fase final do estágio foi marcada pelas reuniões necessárias para a avaliação dos PIIP (com todos os intervenientes para a reflexão conjunta face aos objetivos traçados no início da intervenção); para eventuais esclarecimentos de dúvidas e preocupações; para o apoio nas matrículas e na transição das crianças para outros contextos e respetivas elaborações dos relatórios.

1.7.2. Atividades desenvolvidas durante o Estágio no CRI

De acordo com o Dec. Lei 54/2018 e conforme previamente mencionado, os técnicos do CRI, enquanto membros variáveis da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI), desempenham um papel essencial na identificação de medidas de apoio ao

aluno, i.e., na transição para a vida pós-escolar, no desenvolvimento de estratégias de apoio às famílias e na prestação de apoios especializados em contexto educacional.

A fase inicial do estágio no CRI foi marcada pela dinamização de atividades de preparação, integração e adaptação à valência:

- a) Conhecimento do CRI;
- b) Consulta do manual “*Para uma educação inclusiva: Manual de apoio à prática*” da DGE;
- c) Consulta da legislação relativa ao CRI, Convenção dos Direitos da Criança, Orientações Curriculares, Inclusão;
- d) Leitura de artigos sobre as temáticas pertinentes;
- e) Leitura e consulta de algumas obras inerentes às temáticas;
- f) Reunião de acolhimento com a entidade promotora do estágio e a UAL;
- g) Reunião com as Orientadoras de Estágio;
- h) Consulta dos processos escolares dos alunos abrangidos pelas medidas implementadas no Dec. Lei 54/2018;
- i) Acolhimento e integração na Equipa Multidisciplinar;
- j) Acolhimento e integração na comunidade escolar;
- k) Participação nas reuniões de Equipa Multidisciplinar;
- l) Participação nas reuniões escolares (com a Equipa do CRI, Professores Titulares, Professores de Ensino Especial e Encarregados de Educação).

Posteriormente, a fase dos acompanhamentos psicopedagógicos, permitiu a possibilidade de prestar apoios especializados no contexto educativo, tendo em conta as necessidades educativas de três alunos do 1.º Ciclo de ensino básico. Foi, inclusive, prestado um apoio de retaguarda aos Professores Titulares de Turma, aos Professores de Ensino Especial e família, transversal às diferentes fases de intervenção (avaliação, planeamento e intervenção). Tal como referido anteriormente, os apoios psicopedagógicos consistem numa metodologia de intervenção que pretende ir ao encontro do Perfil de Funcionalidade dos alunos.

O papel da Psicóloga Clínica do CRI e Estagiária de Psicologia, passou pelo auxílio dos alunos em adquirirem competências e autonomias estruturantes e securizantes para as suas vidas ativas. Posto isto, as atividades desenvolvidas no período de estágio, foram ao encontro

do Programa de Intervenção do CRI, para o ano letivo 2022/2023 (anexo X), nos diferentes domínios:³

- Autonomia Pessoal: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a identificação de horas; noção dos dias (manhã, tarde e noite); identificação dos dias da semana, meses do ano, épocas festivas e estações do ano; reconhecimento das peças do vestuário de acordo com a época do ano e de acordo com os seus gostos e preferências; autonomia nas suas necessidades básicas; lavar as mãos sempre que necessário; identificação de rotinas e dos produtos de higiene pessoal; identificação de rotinas necessárias para o ato das refeições; identificação dos produtos alimentares e até os produtos necessários para a confeção de uma receita de culinária (e.g. aplicação/realização de fichas adaptadas ao nível cognitivo e académico dos alunos sobre os itens em questão; jogos cooperativos; recurso à mala de ludoterapia; criação de calendários semanais/mensais com as rotinas estipuladas; audição e interpretação de histórias sociais, etc.).
- Autonomia Social: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a adoção de comportamentos de cortesia com os adultos e pares (bom dia, boa tarde, boa noite, pedir licença, etc.); adoção de comportamentos de convivência esperados quando estejam com os adultos e/ou pares; orientação no espaço escolar, espaço exterior; adoção de comportamentos de segurança quando circula na via pública (e.g. aplicação/realização de fichas adaptadas ao nível cognitivo e académico dos alunos sobre os itens em questão; recurso à mala de ludoterapia; audição e interpretação de histórias sociais, etc.).
- Autorregulação: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a adoção de comportamentos empáticos para com os outros; adoção de comportamentos de respeito por si próprio (relação intrapessoal) e de respeito pelos outros (relações interpessoais) (e.g. jogos cooperativos; audição e interpretação de histórias sociais; sessões grupo-turma com vista à promoção da inclusão “*O que é um elogio?*”; recurso à mala de ludoterapia, etc.).

³ Devido ao regulamento da Universidade Autónoma de Lisboa no que diz respeito anonimato e confidencialidade dos locais de estágio, assim como à lei de proteção de dados, as informações neste parâmetro do relatório, apesar de terem sido retiradas de fontes fiáveis, não serão referenciadas de modo a cumprir as exigências do documento anteriormente mencionado.

- Comunicação Não-Verbal: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a expressão de emoções e sentimentos; a identificação de emoções e sentimentos no outro; a utilização, o reconhecimento e a compreensão de gestos comuns e de modo a se expressarem ou reforçarem a mensagem (e.g. moldagem de expressões faciais com recurso à plasticina ou outros objetos do gosto e interesse dos alunos; recurso à mala de ludoterapia; etc.)
- Comunicação Verbal: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a compreensão de ordens simples no diálogo; a realização de pedidos simples; o saberem alternar a vez no diálogo e saberem esperar a sua vez para intervir e ainda, se possível, adequarem o discurso ao contexto.
- Atenção/Concentração: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens no sentido de se manterem atentos e concentrados nas suas tarefas (e.g. aplicação/realização de fichas adaptadas ao nível cognitivo e académico dos alunos sobre os itens em questão; jogos cooperativos (jogo dos blocos, quatro em linha); audição e interpretação de histórias sociais; grafismo; diferenças; sessões de relaxamento por indução (induzir o bem-estar através de histórias e música); sessões de relaxamento muscular progressivo.
- Perceção: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a identificação de sinais exteriores relacionados com as tarefas.
- Memória: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a retenção e a aplicação da informação a curto, médio e longo prazo; a memória auditiva; a memória visual; a memória de trabalho (armazenamento de informações enquanto necessárias).
- Processamento/Raciocínio: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a organização e estruturação de informações e estímulos de acordo com o que lhes foi solicitado (e.g. aplicação/realização de fichas adaptadas ao nível cognitivo e académico dos alunos sobre os itens em questão; jogos cooperativos (puzzles, quatro em linha, associação de imagens com palavras, sequências lógicas, quebra-cabeças, labirintos); recurso à mala de ludoterapia; audição e interpretação de histórias sociais, etc.).

- Imaginação: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a aceitação de outras opções, para além do concreto, no desempenho das atividades (e.g. jogos cooperativos; desenhos infantis livres; moldagem de plasticina; recurso à mala de ludoterapia, etc).
- Planeamento/Execução: Atividades que estimularam e proporcionaram alcançar resultados no sentido dos alunos, primeiramente, planearem e programarem, e só depois, executarem.
- Pré-requisitos para a Leitura/Leitura Funcional: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a informação escrita; o nome próprio: primeiro e último, completo; o nome dos elementos que compõem o seu agregado familiar; os produtos alimentares, os produtos de higiene para a casa/ pessoal; a sinalética dos espaços que frequentam.
- Pré-Requisitos para a Escrita/Escrita Funcional: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com o nome próprio: primeiro, primeiro e último, completo; a identificação da data de nascimento; a identificação e nomeação dos elementos que compõem o seu agregado familiar; a identificação, verbalização e a escrita da morada de residência; a identificação e escrita de um número de telefone de um familiar de referência; identificação e escrita dos produtos alimentares, produtos de higiene pessoal e casa; copiar um texto com ajuda (e.g. aplicação/realização de fichas adaptadas ao nível cognitivo e académico dos alunos sobre os itens em questão; criação do “bilhete de identidade”; jogos).
- Pré-Requisitos para a Matemática/Matemática Funcional: Atividades que estimularam e proporcionaram aprendizagens relacionadas com a noção de quantidade; a associação do número à quantidade; noções básicas de medidas de peso e comprimento; utilização das operações de adição, subtração, multiplicação e divisão simples, sempre que possível; reconhecer as moedas, notas e associação do valor do dinheiro ao valor do produto; desenvolvimento da capacidade para o recebimento e verificação do troco da compra efetuada (e.g. aplicação/realização de fichas adaptadas ao nível cognitivo e académico dos alunos sobre os itens em questão; jogos cooperativos (puzzles, sudoku, sequências numéricas)).

- Contexto Familiar: Apoio e partilha de estratégias/atividades às respetivas Famílias / Encarregados de Educação para que pudessem executar com os alunos em contexto lúdico e na comunidade.
- Direitos e Deveres: Aconselhamento quanto a informações facilitadoras dos seus direitos e deveres, nomeadamente, informações acerca dos abonos escolares, subsídios/bonificações e consciencialização para os direitos dos alunos (direito à habitação, higiene, alimentação, cuidados de saúde e oportunidades para o seu desenvolvimento pessoal e social).

Seguindo as diretrizes da Instituição, bem como, todo o conhecimento teórico adquirido, o *empowerment* da família foi o objetivo das intervenções desenvolvidas, uma vez que se tornou relevante auxiliar a capacidade da família em satisfazer as necessidades das crianças e respetiva inclusão.

A fase final do estágio foi marcada pelas reuniões necessárias para avaliação do projeto; pelas reuniões escolares finais de ano letivo; para eventuais esclarecimentos de dúvidas/preocupações e pela avaliação psicológica solicitada pela Professora Titular de uma aluna do 2.º ano de escolaridade de uma das escolas parceiras de intervenção.

1.8. Participação em ações de formação

Durante o período de estágio participei em várias formações, não obstante a complexa gestão de horários, que complementaram a minha formação em psicologia, permitindo-me adquirir conhecimentos valiosos em áreas essenciais do desenvolvimento infantil e das perturbações do neurodesenvolvimento.

“Autismo: Sinais de alerta” – Esta formação teve como objetivo refletir sobre a PEA e a importância de estarmos atentos aos sinais de alerta para que a intervenção possa correr o mais precocemente possível (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2023).

“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 (Care & Pharma – Centro Terapêutico, 2023).

“Divórcio pode acontecer de forma saudável!” – Esta formação visou conhecer algumas problemática provenientes aquando dos divórcios, fornecer estratégias e fomentar a reflexão (CLDS4G Sesimbra, Família +, 2023).

“A intervenção necessária com as crianças e jovens vítimas de violência doméstica: protocolos de atuação intersectorial e a nova resposta” – Reflexão acerca do panorama nacional (Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica, 2022).

“Dislexia – Compreender com a Neurociência” – O principal objetivo foi a reflexão acerca da perturbação (Neuroinsight, 2023).

“Inclusão a Torto e a Direito - Os Atuais Desafios da Escola para Todos” – Este encontro visou conhecer o panorama nacional ao nível da inclusão nas escolas (Centro de Recursos para a Inclusão, 2023).

Formação Profissional de CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens – Formação profissional com certificação (2023).

1.9. Limitações durante o período de estágio

A maior das limitações sentidas durante o período de estágio, para além da complexa gestão de horários entre o local de trabalho profissional, locais de estágio, universidade e dinâmica familiar, foram as constantes greves nacionais dos docentes e não-docentes que o nosso país atravessou no ano letivo de 2022/2023, contra a proposta de Orçamento do Estado para o ano de 2024.

De acordo com a Federação Nacional da Educação (2023), a carreira de docente precisa de ser recomposta, uma vez que a precariedade se mantém, assim como os abusos e ilegalidades nos horários de trabalho. É essencial considerar o agravamento do envelhecimento da profissão, além do regime de Mobilidade por Doença ser desumano. Em inúmeras escolas, há uma falta significativa de professores o que deixa muitos alunos sem professores em diversas disciplinas. Contudo, não foram apresentadas soluções para estes desafios e, os professores com anos de experiência, continuam obrigados a cumprir um período probatório sem utilidade. Ademais, a carga burocrática imposta aos professores não foi reduzida e, neste sentido, as escolas perdem horas do seu crédito global, havendo tentativas de limitar ou condicionar a ação sindical e a mobilização dos professores. Neste sentido, o Ministério da Educação propõe a redução do nível de exigência na formação inicial de docentes (FNE, 2023).

No decorrer das greves nacionais, o ME solicitou o decretamento de serviços mínimos, tendo o Tribunal Arbitral deliberado, por unanimidade, fixar a sua existência. Porém, apesar do decretamento dos serviços mínimos nas escolas, a adesão às greves nacionais foi bastante elevada por parte dos docentes e não-docentes dos estabelecimentos de ensino do Distrito de Setúbal, o que condicionou por sua vez, as intervenções a serem realizadas não só com os alunos com necessidades educativas específicas, bem como, em termos de planeamento e realização de outras atividades/projetos inclusivos que o CRI, ambicionava realizar.

Parte II - Enquadramento Teórico

2.1. Desenvolvimento Humano

O desenvolvimento humano em psicologia refere-se ao estudo científico de como os indivíduos mudam e crescem ao longo da vida, abrangendo diversas dimensões, como o desenvolvimento físico, cognitivo, social, emocional e da personalidade (Tavares, 2007). O processo de desenvolvimento do ser humano resulta de vários fatores – psicológicos, biológicos, sociais e culturais – tendo início desde o momento da concepção e evoluindo o longo do ciclo da sua vida (Tavares, 2007). As principais fases da vida, normalmente examinadas no desenvolvimento humano, incluem a infância, a adolescência, a idade adulta e a velhice, cada uma delas marcada por marcos de desenvolvimento significativos (Berk, 2018).

A Psicologia do Desenvolvimento, que se consolidou como uma área autónoma nos finais do século XIX, é o ramo da Psicologia que estuda as várias etapas do ciclo de vida, nomeadamente, o desenvolvimento dos processos biológicos e psicológicos e da interação do indivíduo com o meio (Monteiro & Santos, 1996). Os psicólogos do desenvolvimento investigam tanto os fatores internos (genética e a biologia), quanto os fatores externos (ambiente e a cultura), uma vez que o desenvolvimento biopsicosocial é fundamental para entender as etapas da vida, as interações sociais e os desafios enfrentados, permitindo uma compreensão mais profunda do comportamento humano (Tavares, 2007).

Neste contexto, um conceito que se revela importante é o de estágio – estrutura interna com características próprias, determinante na evolução humana, na psicologia - que é essencial, uma vez que são através destes estádios de desenvolvimento que é conceptualizada a evolução/desenvolvimento humano (Tavares, 2007). Cada estágio de desenvolvimento é uma estrutura com características próprias que contribui para a adaptação do indivíduo ao meio, tendo os estádios uma sequência padronizada e uma evolução integrativa, pois as estruturas adquiridas num estágio dependem da forma como o estágio anterior foi vivenciado (Sprinthall & Sprinthall, 1993).

Existem várias teorias sobre o desenvolvimento humano no âmbito da psicologia sendo as mais relevantes a psicanalítica, behaviorista, cognitivista e humanista. Cada uma destas teorias apresenta métodos de estudo específicos, bem como, diferenças ao nível da capacidade de adaptação do indivíduo e compreensão do meio (Santos, 2006). Foram diversos os autores que implementaram o conceito de estágio nas suas teorias explicativas do desenvolvimento humano. Por exemplo, Erikson usou o termo “crises”, Piaget e Bruner através das “estruturas”,

Vigotsky através da “zona de proximidade” e até Freud com “zona erógena” (Tavares, 2007, p.34).

Erikson (1902-1994), pioneiro na defesa da existência de estádios ao longo da vida, argumentou que o desenvolvimento - desde o nascimento até à morte do indivíduo - passaria por oito estádios, organizados de modo sequencial, no ciclo vital humano e influenciados por fatores biológicos, sociais e individuais - personalidade (Verissimo, 2002). Desta forma, perspetivou que cada idade atravessa uma crise psicossocial (momento decisivo em cada etapa da vida, no qual o sujeito tem de optar por direções através da mobilização de recursos adquiridos na resolução de crises anteriores), tendo sempre uma vertente positiva e uma vertente negativa, sendo que a não resolução satisfatória de uma fase, afeta as fases subsequentes (Alves, 2020). Esta teoria do desenvolvimento psicossocial teve um grande contributo para a Psicologia do Desenvolvimento, inclusive, contribuindo para que o desenvolvimento biopsicológico seja perspetivado desde o nascimento do indivíduo até à sua morte (Maree, 2022).

Um dos outros grandes contributos para a compreensão da Psicologia do Desenvolvimento, foram os trabalhos realizados por Jean Piaget (1896-1980), com grande impacto na compreensão do desenvolvimento cognitivo, tendo este tido como foco a natureza e a evolução do conhecimento, através de experiências realizadas com crianças – estruturalismo (área da psicologia que focalizada na estrutura do conhecimento e no modo de processamento da informação pelo sujeito). A teoria cognitiva de Piaget partiu, assim, do pressuposto que quando um indivíduo nasce possui um património genético que possibilita a interação com situações diversificadas no seu quotidiano (Rego, 2003). Ou seja, trata-se de uma teoria psicobiológica interacionista, num processo dinâmico entre o organismo e o meio através da adaptação, uma vez que se considerava o indivíduo como um agente ativo na construção do seu próprio conhecimento e realidade – construtivismo (Tavares, 2007)

A assimilação, acomodação e adaptação foram conceitos fundamentais introduzidos por Piaget, uma vez que descreveram como as crianças processam informação e adaptam-se ao seu meio envolvente (Gomes & Bellini, 2009). Estes conceitos estão inter-relacionados e são contínuos ao longo do desenvolvimento humano. Para Piaget, o processo de desenvolvimento mental acontece da seguinte forma: os esquemas estão organizados em operações, dão origem a estádios de desenvolvimento cognitivo qualitativamente diferentes e à medida que os seres humanos crescem, os mesmos recorrem a esquemas cada vez mais complexos para organizarem a informação e compreenderem o mundo exterior (Tavares, 2007).

O desenvolvimento ocorre em estádios ou períodos qualitativamente diferentes, tal se ilustra no Quadro 1.

Quadro 1 – Estádios de Desenvolvimento Cognitivo segundo Piaget

Estádios	Idades	Principais comportamentos
Sensoriomotor	0-2 anos	Dos reflexos inatos à construção da imagem mental, anterior à linguagem; Coordenação de meios e fins; Permanência do objeto (8-12 meses); Invenção de novos meios, imagem mental e formação de símbolos (18-24 meses);
Pré-Operatório	2-7 anos de idade	Inteligência representativa; Egocentrismo intelectual – centração; Pensamento mágico. Animismo, realismo, finalismo; Função simbólica (2-4 anos): linguagem, jogo simbólico desenho; Pensamento intuitivo (4-7 anos);
Operações Concretas	7-11/12 anos	Reversibilidade mental; Pensamento lógico, ação sobre o real; Operações mentais: contar, medir, classificar, seriar; Conservação da matéria sólida, líquida, peso e volume (invariâncias); Tempo e velocidade;
Operações Formais	A partir dos 11-12 aos	Pensamento abstrato; Operar sobre operações, ação sobre o possível; Raciocínios hipotéticos-dedutivos; Definição de conceitos e valores.

(Tavares, 2007, p. 118)

Segundo Tavares (2007), Lev Vigotsky (1896-1934), psicólogo bielorusso, contrariamente à perspectiva de Piaget, operacionalizou o desenvolvimento psicológico como um processo dinâmico, constituído por funções mentais culturais elevadas, fazendo a distinção entre funções intelectuais elementares/naturais, tais como a percepção, a memória, a atenção e a motivação. Salientou a relevância do papel da sociedade na construção das funções intelectuais superiores, considerando-a fundamental para que o funcionamento cognitivo surja de forma culturalmente organizada – teoria sociocultural. Ou seja, a cognição é considerada como uma atividade social que se desenvolve através da orientação com os pares (progenitores,

cuidadores, adultos) que integram a rede social das crianças, motivando-as e orientando-as para a construção das suas aprendizagens (Tavares, 2007).

Em meados do século XX e numa tentativa de explorar e reforçar o estudo da personalidade, surgiram as teorias humanistas, como uma terceira força mais otimista no estudo da personalidade e comportamento humano. Através da promoção de uma visão holística, acabando por reagir “contra” o determinismo ambiental defendido pelas teorias da aprendizagem e contra os instintos sexuais defendidos pela teoria psicanalítica (Tavares, 2007). Os psicólogos humanistas acreditavam que as pessoas eram espontâneas, criativas e dotadas de autodeterminação para as escolhas que enfrentam ao longo da vida (Hoffman et al., 2017). Posto isto, a consciência trata-se então de um processo básico para o desenvolvimento humano segundo esta corrente, uma vez que, maximiza o potencial do ser humano, cruzando caminho com o existencialismo, uma vez que esta corrente filosófica defendia o indivíduo como um ser ativo na procura constante do significado da sua existência e no exercício da liberdade e da responsabilidade no alcance de um modo de vida regido pela ética (Graig, 1996).

Abraham Maslow (1908-1970), psicólogo americano deu um grande contributo para o humanismo, através da sua teoria, uma vez que para este, cada pessoa possui uma necessidade inata de autoatualização, através do desenvolvimento total das suas potencialidades (Francis & Kritsonis, 2006). Concluiu a partir do estudo de *self-actualized people* (pessoas realizadas em todas as suas potencialidades), que toda a espécie humana tem as mesmas necessidades psicológicas e com base nestas, formulam-se os valores humanos (Tavares, 2007). A sua teoria é representada através de uma pirâmide – Pirâmide de Maslow – a qual descreve as necessidades do indivíduo através de uma ordem hierárquica, composta por cinco níveis (Tavares, 2007, p.123):

1. Necessidades fisiológicas: necessidades vegetativas (e.g., fome, sono) dizem respeito à sobrevivência do indivíduo e da espécie, constituindo pressões fisiológicas que levam o indivíduo a procurar ciclicamente a sua satisfação (Osemeke & Adegboyega, 2017).
2. Necessidades de segurança: necessidades que correspondem às exigências do indivíduo para se proteger de qualquer perigo, real ou imaginário, físico ou abstrato. Manifestam-se através da procura por segurança e estabilidade (Healy, 2018). Estas necessidades estão igualmente relacionadas com a própria sobrevivência.

3. Necessidades de afeto e pertença: são as necessidades vocacionadas para a participação e aceitação por parte dos outros, bem como, o desejo de associação (Healy, 2018). Ou seja, o indivíduo procura o afeto e a aprovação nas suas relações íntimas e nos grupos onde se encontra inserido.
4. Necessidades de estima: são as necessidades relacionadas com o ego, nomeadamente, autoestima, autorrespeito, progresso, confiança, orgulho, necessidades de reconhecimento, apreciação e até mesmo admiração (Healy, 2018).
5. Necessidades de autorrealização: necessidades que estão no topo da pirâmide e estão relacionadas com o desejo de cumprir a tendência que cada um tem de realizar o seu potencial – autodesenvolvimento e autossatisfação (Healy, 2018).

2.1.1. A Infância

A infância refere-se à fase do desenvolvimento humano que ocorre desde o nascimento até à adolescência. Importa salientar que universalmente, não existe uma limitação temporal concreta que defina a infância, uma vez que a mesma varia consoante os contextos culturais e até mesmo teóricos. Porém e maioritariamente, a criança é vista como um ser humano indefeso, carece de proteção, dependente do adulto, ingénua e até mesmo espontânea (Tavares, 2007)

Aproximadamente até ao século XVIII, a infância não era considerada uma fase com características próprias e as crianças eram perspectivadas como adultos em miniatura. Esta visão foi alterada com o contributo de Charles Darwin, no século XIX, graças à sua perspetiva evolucionista ao estudar as diferenças e semelhanças entre o animal e o ser humano, considerando a fase da infância relevante no ciclo de vida humano (Tavares, 2007).

Posto isto, nos dias que correm, sabemos que esta fase do desenvolvimento se caracteriza pela aquisição de importantes competências a vários níveis, como cognitivo, social e físico. As crianças, assumem um papel de extrema relevância na família e na sociedade, refletindo-se através das responsabilidades sociais, traduzidas na criação de um maior número de instituições de acolhimento infantil (públicas e privadas), escolas com diferentes graus e métodos de ensino, centros de ocupação de tempos livres, entre outros recursos, destinados a responderem às necessidades infantis (Capretz et al., 2008).

2.1.2. A Importância da Família

Historicamente, família deriva do latim "*familus*" que significa "servidor", e corresponde a um conjunto de pessoas (parentes e domésticos) que viviam sob a autoridade do "*pater familias*" (Agostinho & Rebelo, 1988). Diz respeito a um grupo restrito, íntimo e idealmente, adequado para a educação das crianças, através da aquisição de regras comportamentais consistentes, segurança e cuidados.

Para a maioria das crianças, a família é o primeiro vínculo e como tal, agentes de socialização, tornando o contexto familiar fundamental para o crescimento físico e psicológico das mesmas. Neste sentido, as crianças constroem os seus modelos de aprendizagem e relacionam-se com o meio, através das aprendizagens adquiridas durante a infância (Sousa & Filho, 2008) tendo a família, também, um papel fulcral. Segundo Antunes (2018), qualquer processo de acompanhamento ou avaliação psicológica, deve incluir obrigatoriamente, os pais/cuidadores, não só na construção de uma anamnese, bem como, na avaliação do impacto que as dificuldades da criança têm nos diferentes contextos.

De acordo com a OMS (1994), o conceito de família não deve ser restrito aos laços de sangue, à parceria sexual ou à adoção. Qualquer grupo baseado na confiança, no apoio mútuo e em objetivos partilhados pode ser considerado uma família. Todavia, na sociedade atual, os valores promovem um modelo universal assente na igualdade de género, o que é refletido também na legislação. Em Portugal, por exemplo, o Código Civil eliminou a figura do chefe de família, atribuindo responsabilidade iguais a ambos os elementos do casal (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género [CCIG], 2014).

Neste contexto, é importante referir que não só a definição de família foi sofrendo alterações ao longo dos tempos, também outros aspetos centrais como a estrutura, e a dinâmica, sofreram mudanças (Morgado et al., 2013). Ao longo dos anos, a estrutura familiar tem sofrido algumas modificações e deste ponto de vista, não existe um único modelo familiar (i.e., família monoparental, família reconstituída, nuclear, entre outras). Todavia, a família, independentemente do seu modelo, é considerada a unidade básica, dentro da qual a criança é apresentada à vida social (Morgado et al., 2013).

Ressalva-se a pertinência dos terapeutas em realizarem investigações nas áreas da terapia de casal e familiar, seja da corrente sistêmica, centrada na pessoa, psicodinâmica (entre outras), atualmente o núcleo familiar, tem demonstrado instabilidade e os fatores sociais, culturais e económicos (e.g. aumento da expectativa de vida; libertação sexual; emancipação da

mulher no trabalho; divórcios e famílias recompostas), têm ajudado na modificação dos relacionamentos (Oliveira, 2009). Segundo Antunes (2018), a mediação familiar auxilia na resolução de questões funcionais, como a gestão de rotinas; a comunicação e inclusive, a definição de responsabilidades para que se regule um funcionamento familiar saudável.

Uma forma útil de pensar a família e as influências que tem nos seus elementos é através da Teoria dos Sistemas (Bertalanffy, 1968). De acordo com Schadder (1999), os princípios básicos desta abordagem são aplicáveis a todos os sistemas – biológico, psicológico e económico; realçando as seguintes características:

- **Globalidade:** Um sistema é um todo organizado, sendo mais do que a simples soma das suas partes. As suas características não podem ser totalmente compreendidas através da análise isolada dos seus componentes, sendo essencial considerar a totalidade do sistema (Schadder, 1999).
- **Integridade dos Subsistemas:** Os sistemas complexos são constituídos por subsistemas inter-relacionados. Cada uma dessas interações pode, por si só, ser considerada um subsistema e analisada individualmente (Schadder, 1999).
- **Circularidade da Influência:** No seio de um sistema, a influência ocorre de forma circular e não linear. Todas as partes são interdependentes, o que significa que qualquer alteração num dos elementos afeta inevitavelmente os restantes (Schadder, 1999).
- **Estabilidade e Mudança:** Os sistemas de interesse para a Psicologia são sistemas abertos, ou seja, sujeitos a diversas influências externas. Embora cada sistema procure manter um estado de equilíbrio, a mudança é frequentemente resistida. No entanto, se essa resistência for insuficiente, o sistema como um todo terá de se adaptar, mesmo que, inicialmente, a influência externa afete apenas um dos seus componentes (Schadder, 1999).

Em suma, a partir da perspectiva dos sistemas, a família pode ser pensada como “um todo” integrado, constituído por dois tipos de componentes – os membros individuais e as relações entre os mesmos. Schaffer (1999), acresce que a família é mais do que a soma das duas componentes, é uma entidade dinâmica. A própria família está inserida num sistema social mais vasto e, portanto, forma uma unidade em interação na comunidade com outras unidades e é possível estimar quão complexa é a tarefa de fornecer uma descrição completa da família como sistema em funcionamento (Silva et al., 2008).

Quando falamos em relacionamentos familiares, podemos estender a temática para a atividade parental, nomeadamente, em dinâmicas familiares cujo existam crianças e/ou jovens a cargo. A atividade parental influencia o desenvolvimento da criança e quaisquer que sejam os efeitos que os progenitores/cuidadores exerçam, serão mediados para outros aspetos (Cia et al., 2005).

De acordo com Schaffer (1999), os objetivos da atividade parental dividem-se em três categorias que por sua vez, implica todas as famílias na educação dos filhos, a saber:

- A sobrevivência: Assegurar que a criança permaneça viva e saudável e que a sua vida se prolongue o máximo possível;
- Bem-estar económico: Auxiliar a criança a adquirir as aptidões e os conhecimentos essenciais para a autossuficiência económica enquanto adulto;
- Auto-atualização: Incentivar às capacidades que são necessárias para a satisfação de vários valores culturais, tais como, questões que dizem respeito à moralidade, ao prestígio e à realização pessoal.

Com isto, conclui-se que a família não é, de modo algum, uma unidade estática para sempre imutável uma vez que poderá assumir uma grande variedade de modelos e continuar a “funcionar”, como uma base segura ao desenvolvimento saudável dos seus elementos mais indefesos – as crianças.

2.1.3. Promoção do bem-estar, inclusão e desenvolvimento biopsicossocial das crianças e respetivas famílias

Entende-se por inclusão o movimento educacional, social e político que defende o direito de todos os indivíduos participarem, de uma forma consciente e responsável, na sociedade da qual fazem parte e, de serem aceites e respeitados naquilo que os diferencia dos outros (Freire, 2008).

Podemos assumir que a inclusão se trata de um processo contínuo com uma diversidade de exigências, quer em termos individuais, sociais ou políticos. Ainda assim, os desafios da inclusão não se resolvem facilmente através da implementação de medidas políticas nas escolas e nos empregos.

Em conformidade com Franco (2011), a verdadeira inclusão pode ser entendida numa perspetiva de desenvolvimento, mudança e transformação progressiva:

- Em termos do conceito – A inclusão não é estática, não surge desligada dos movimentos sociais e políticos e as suas exigências, são na atualidade, bem diferentes daquelas que surgiram há décadas, bem como, serão diferentes num futuro próximo.
- Em termos das instituições e respostas – Partindo do pressuposto que não é a educação inclusiva que torna as escolas inclusivas, mas sim, as escolas inclusivas na sua conceção que permitem educar inclusivamente e para a inclusão. As respostas, por sua vez, são uma forma da sociedade inclusiva organizar-se e responder às necessidades das pessoas com deficiência.
- Em termos individuais – Através do percurso de vida de cada indivíduo.
- Em termos de contexto – Se não existirem conceitos inclusivos, não há inclusão.

Uma vez mais, o autor reforça que a inclusão não se resolve somente através de leis, de investigações e resultados de estudo ou de valores sociais inclusivos. A inclusão está em construção permanente, enquanto projeto coletivo e pessoal de cada cidadão.

A inclusão resulta de uma perspetiva filosófica e antropológica que se tem vindo a refletir ao longo dos anos nas nossas ações como seres humanos, antes de quaisquer questões educativas, pedagógicas e políticas. De acordo com Franco (2011), já vivemos numa sociedade que assume valores da inclusão e os consagra em leis, mas o mesmo não acontece espontaneamente, ao nível dos comportamentos e do quotidiano individual. Conclui-se assim que a inclusão adequada ao bem-estar de todos, implica proteção social, mas acima de tudo, cidadania.

Durante longos anos, as ciências da saúde recorreram ao modelo biomédico, como modelo base, quer em termos de diagnóstico, quer em termos de intervenção e acompanhamento (Soares Raimundo & Silva, 2020). De acordo com o modelo biomédico, a deficiência definia-se como uma problemática individual, causada por uma condição de saúde atípica, um processo patológico ou traumático que dependia de um acompanhamento médico especializado (Rocca & Anjum, 2020). Entretanto, e no decorrer da evolução científica, o modelo biomédico tornou-se insuficiente para corresponder às necessidades do doente, uma vez que apresentava uma visão limitadora, cingindo-se exclusivamente à patologia em causa (Sampaio & Luz, 2009).

Em conformidade com Santana (2012), uma das maiores mudanças resultou no abandono de uma visão reducionista e simplista para o foco de uma abordagem centrada no indivíduo e na família. A mudança resultou da evolução dos modelos de intervenção no âmbito da reabilitação e da inclusão social, surgindo desta forma, a abordagem biopsicossocial.

O modelo biopsicossocial é, simultaneamente, uma filosofia quanto aos cuidados clínicos/médicos como um guia clínico prático. De uma perspectiva filosófica, é uma forma de compreender como o sofrimento, a doença e debilidade são afetados por múltiplos níveis, desde o organizacional, ao social e, até mesmo, ao molecular (Carrió et al., 2004). Por sua vez, a nível prático, compreende a experiência subjetiva do doente, como um contributo essencial para um diagnóstico preciso, resultados e saúde e cuidados humanos (Carrió et al., 2004). Posto isto, o modelo reconhece que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas um estudo completo de bem-estar físico, psicológico e social.

Neste sentido, torna-se relevante compreender o papel da família no bem-estar, na inclusão e no desenvolvimento biopsicossocial das crianças. Apesar da adversidade de ter um filho com deficiência (de acordo com diversos fatores, incluindo a cultura, contexto socioeconômico, experiências, recursos disponíveis e suporte social), considera-se que os processos adaptativos, a caracterização das patologias e a resiliência, poderão ser aspetos a serem desenvolvidos (Jorge et al., 2016; Sales, 2017).

De acordo com Gomes (2006), a resiliência manifesta o desenvolvimento de competências em indivíduos ou grupos que, apesar de terem experienciado, em determinado período das suas vidas, condições de alto risco, conseguiram ter um desenvolvimento psicológico saudável e conseguiram alcançar o êxito social.

Na análise ao conceito da resiliência, identificam-se quatro tipos de mecanismos que atuam como protetores e fatores de superação face às experiências negativas, a saber (Soares, 2000):

- Processos que reduzem o impacto do risco e que poderão ocorrer através da alteração do significado de risco ou através da alteração na exposição ou no envolvimento na situação de risco;
- Processos que reduzem a probabilidade da escalada negativa de reações em cadeia que se seguem à exposição ao risco;
- Processos que promovem a autoestima e a autoeficácia através da existência de relações de vinculação seguras e apoiantes ou do sucesso na realização de tarefas;

- Processos que permitem novas oportunidades de crescimento pessoal.

São através destes mecanismos protetores, encarados como fatores de superação, que as famílias promovem a sua resiliência, uma vez que partimos do pressuposto que as mesmas, são mais vulneráveis (por um dos seus membros ser portador de deficiência em maior ou menor grau) e com distintas implicações sociais (Gomes, 2006).

Minuchin (1979, cit in Alarcão, 2002) definiu quatro fatores de stress familiar, tais como: (1) o contacto de um membro da família com uma situação de stress extrafamiliar; (2) o contacto de toda a família com uma situação de stress extrafamiliar; (3) o stress relativo aos períodos de transição naturais do ciclo de vital da família;; (4) o stress provocado por problemas particulares, relacionados com acontecimentos que podem provocar alterações significativas no funcionamento familiar. Neste sentido, o nascimento de um filho implica alterações na dinâmica familiar. As rotinas diárias mudam, surgem alterações económicas, relacionais e por vezes até profissionais (Keizer et al., 2010; Marjoribanks, 2016). Todavia, quando presenciamos o nascimento atípico de um filho, a situação poderá tornar-se ainda mais vulnerável, na medida em que a família irá lidar com exigências complexas e até mesmo, desconhecidas.

Segundo Gomes (2006), estudos realizados em famílias com crianças com deficiência, identificam três tipos de fatores de stress:

- 1) Fatores Agudos: estão relacionados com incidentes periódicos associados à deficiência da criança;
- 2) Fatores Crónicos: incluem as preocupações com o futuro, as limitações financeiras e a aceitação das diferenças dos indivíduos pela sociedade;
- 3) Fatores de Transição: surgem nas transições dos diversos estádios do ciclo vital.

A autora reforçou ainda o luto da família da criança com deficiência que segundo a literatura, é vivenciado pelas fases do choque, negação, sofrimento e recuperação, isto porque, “*filho sonhado*” não corresponde com a realidade, i.e., surge o nascimento de uma criança com necessidades e cuidados muito próprios e, deste modo a família atravessa um luto associado à perda do “*filho idealizado*” Gomes (2006).

Em conformidade com Franco (2011), vários fatores estão presentes neste processo de luto – uns de natureza interna e outros contextuais. No domínio interno, será importante a relação intrafamiliar, antecedentes dos progenitores/cuidadores e a personalidade de cada um.

No domínio contextual, salienta-se a rede de suporte social desde a família alargada, vizinhos, amigos, elementos da comunidade e inclusive, os apoios sociais e comunitários (Franco, 2011).

O efeito sobre a família irá depender da gravidade e do tipo de deficiência. De acordo com a autora Gomes (2006), deverão ser tidos em consideração três variáveis como a evolução progressiva ou estacionária da deficiência; o desenlace (se é uma deficiência com final trágico irreversível) e por fim, o grau e o tipo de incapacidade que produz. Acresce que a dinâmica familiar, passa igualmente por três etapas cruciais, desde a compreensão dos antecedentes familiares, o momento do diagnóstico e o funcionamento familiar a partir desse mesmo momento (Gomes, 2006).

Mediante a confirmação de um diagnóstico de deficiência numa criança, as famílias estruturam-se, alteram os seus hábitos, os seus estilos educativos, as suas rotinas e adaptam-se, igualmente, as restantes relações já formadas com outros filhos (caso existam) e entre o casal (Gomes, 2006).

Relativamente ao luto e ao modo a como este se processa nas famílias de crianças com necessidades, poderemos considerar três fases subdivididas em algumas etapas. Na primeira fase, estão integradas as etapas do conhecimento do diagnóstico, do reconhecimento da situação e da negação. Na segunda fase, constam as etapas do processo de adaptação, da reorganização e da estabilidade. Por fim, a terceira fase é marcada pela fase avançada da doença (Gomes, 2006).

2.2. Perturbações do Neurodesenvolvimento Infantil mais recorrentes

A compreensão do neurodesenvolvimento infantil é fundamental para entender as diversas mudanças que as crianças experimentam ao longo de suas trajetórias de vida. Segundo Lima (2015), o neurodesenvolvimento infantil corresponde ao conjunto de modificações psicomotoras e comportamentais pelas quais o sujeito passa, desde a sua conceção até se tornar um adulto, existindo diferentes áreas do neurodesenvolvimento, a saber: Sensoriais (visão e audição), Motoras (motricidade grossa e fina), Cognitivas (e.g., funções executivas), Comunicativas (e.g., linguagem), Funcionais (autonomia), Sociais (socialização e comunicação social), Académicas (e.g., leitura), Comportamentais e Emocionais.

Neste sentido, as Perturbações do Neurodesenvolvimento (PND) são um conjunto de perturbações que surgem precocemente, no desenvolvimento normativo das crianças, i.e., antes

da idade escolar, e que, se caracterizam por alterações e/ou défices no desenvolvimento, condicionando o funcionamento nos diversos contextos, sendo que a sua origem é multifatorial, o que implica fatores genéticos, biológicos e ambientais (Lima, 2015).

No decorrer do estágio, foram possíveis as observações e o acompanhamento de crianças com suspeitas e/ou diagnósticos de PND que se poderão classificar em sete categorias (Lima, 2015):

1) Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI): (Inclui o Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) e a PDI não especificada), a PDI é caracterizada por défices existentes nas competências mentais gerais (raciocínio, planeamento, resolução de problemas, abstração e a aprendizagem académica), tendo em conta que, os mesmos possuem impacto no funcionamento adaptativo da criança, podendo levar a falhas na autonomia/independência pessoal. O AGD corresponde a um atraso nos marcos de desenvolvimento e, por regra, é aplicado, apenas, em crianças com idades inferiores aos cinco anos que apresentem dificuldades em ser avaliadas formalmente através de testes de despiste intelectual. A PDI não especificada, pode ser diagnosticada a crianças com idades superiores aos cinco anos.

2) Perturbações da Comunicação: dizem respeito às alterações na linguagem, fala e comunicação. Estão incluídas as Perturbações da Linguagem, Perturbações do Som da Fala, Perturbações da Fluência de início na infância (gaguez), Perturbação da Comunicação Social e a Perturbação da Comunicação não especificada.

3) PEA: Alterações que surgem em idade precoce na socialização, comunicação social e no comportamento (através de comportamentos restritivos e repetitivos). Estas alterações têm impacto no desenvolvimento e é importante a sua caracterização, quer em níveis de suporte dos sintomas existentes, quer nas comorbilidades associadas.

4) Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade (PHDA): Por norma, é identificada em idade escolar, contudo existem casos em que os seus sintomas estão presentes numa idade precoce. Na PDAH é importante especificar o tipo de perturbação, se combinada, predominantemente desatenta, predominantemente de hiperatividade-impulsividade; o grau com que ocorre ou se está em remissão parcial (APA, 2014).

5) Perturbação Específica da Aprendizagem: Refere-se às dificuldades que a criança apresenta no desenvolvimento das suas aprendizagens escolares. O diagnóstico é

realizado em idade escolar e torna-se importante especificar o tipo de perturbação existente; com défice na leitura, na escrita e/ou na matemática, bem como, especificar a gravidade com que ocorre, se ligeira, moderada ou grave (APA, 2014).

6) Perturbações Motoras: (Inclui Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação, Perturbação de Movimentos Estereotipados, Perturbação de Tiques, Perturbação de Tiques com outra especificação e Perturbação de Tiques não especificados). Dizem respeito a perturbações relacionadas com o movimento (APA, 2014).

7) Outras PND: Aplica-se em situações onde as alterações/sintomas existentes não preenchem os critérios de diagnóstico das perturbações acima mencionadas, mas têm impacto nas diferentes áreas do desenvolvimento das crianças.

Segundo Lima (2015), a aprendizagem depende de vários tipos de variáveis, tais como as orgânicas (e.g., anemia, um défice auditivo, ferropenia); variáveis relacionadas com o ensino e com a escola (e.g., bullying, a qualidade do professor e respetivas relações escolares); variáveis afeto-emocionais através da existência de patologia psiquiátrica (e.g., depressão, desafio de autoridade, problemas de comportamento); variáveis socioeconómicas ou culturais (e.g., meio socioeconómico desfavorecido); variáveis relacionadas com o desenvolvimento neurológico (e.g., diagnóstico de uma perturbação).

Dado que neste presente trabalho se apresentam casos clínicos que têm os diagnósticos de Perturbação do Espetro do Autismo e Perturbação Específica da Aprendizagem, apresentaremos informação mais detalhada sobre as mesmas.

2.2.1. Perturbação do Espetro do Autismo

A palavra Autismo, provém do grego que significa “próprio”, termo inicialmente utilizado por Leo Kanner (1943) para descrever crianças que apresentavam comportamentos invulgares, manifestados por dificuldades na comunicação, no comportamento bem como, no contacto social, demonstrando indiferença ao meio exterior – absorvidas em si mesmas. Mais tarde, Hans Asperger (1944) usou o mesmo termo ao descrever crianças semelhantes às descritas por Kanner, porém estas seriam mais inteligentes e sem dificuldades comunicativas (mais especificamente, sem atrasos significativos na linguagem). Este quadro clínico foi mais tarde designado por Síndrome de Asperger e reconhecido por Lorna Wing, psiquiatra britânica (Ling, 1981).

Desde o início do uso do termo autismo até aos dias de hoje, o conceito sofreu várias alterações. Segundo Antunes (2008), o autismo envolve um espectro de gravidade e sintomas diversos, com um quadro de fenótipo alargado, contrariamente ao que era defendido no passado. Segundo a Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa (APPDA Lisboa, s.d.):

“Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é o termo utilizado para descrever o conjunto de sintomas e características evolutivas, englobando uma variedade de expressões clínicas com vários níveis de gravidade (nível I, nível II, nível III), sendo que as manifestações desta perturbação variam em função do nível de desenvolvimento e da idade cronológica da criança, resultando de disfunções multifatoriais no desenvolvimento do sistema nervoso central.”

Atualmente, a PEA é considerada uma alteração orgânica do desenvolvimento, de origem genética, sendo uma das patologias complexas mais hereditárias, estando presentes as diferenças na estrutura e funções cerebrais, uma vez que existem diferenças ao nível do cerebelo, hipocampo, córtex frontal e núcleos do tronco encefálico (Lima, 2015).

Sinais de alerta nos primeiros anos de vida

Para Lima (2015) é possível observar sinais de alerta que não devem ser ignorados e, como tal, devem ser considerados para uma avaliação mais rigoroso do neurodesenvolvimento. Como tal é importante saber:

Quadro 2 - Sinais de alerta

A nível social/comunicativo	A nível comportamental
• Não olhar nos olhos; • Não responder quando outro chama pelo seu nome; • Não apresentar movimento antecipatório (colo); • Isolamento; • Recusar o contacto físico; • Não usar gestos (apontar, adeus); • Dificuldade em imitar;	• Birras excessivas; • Alinhar, empilhar, rodar objetos de forma compulsiva e repetitiva; • Comportamentos obsessivos; • Ter dificuldade em brincar com brinquedos novos e diferentes (restrições); • Apresentar dificuldade de adaptação a novas situações;

• Não brincar a jogos interativos; • Não compartilhar um foco de atenção com outra pessoa; • Não vocalizar; • Emitir vocalizações / Produzir vocalizações atípicas; • Não compreender quando se fala; • Parecer uma criança “surda”; • Levar o adulto pela mão e não fazer pedidos verbalmente; • Usar uma linguagem idiossincrática; • Repetir o que lhe dizem (ecolalia).	• Movimentos repetitivos (estereotípias, andar em bicos de pés, balancear, rodopiar, saltinhos, girar objetos).
---	---

Adaptado de Lima (2015)

Estes sinais de alerta não devem ser menosprezados e, independentemente do diagnóstico e da sua estabilidade, caso existam sinais de alerta e/ou preocupações por parte da família, deverão ser acolhidos de modo a iniciar uma intervenção o mais precocemente possível (Lima, 2015).

CrITÉRIOS de DiagnÓstico

De acordo com a APA (2014), os critérios de diagnóstico para a PEA, subdividem-se em duas grandes áreas, como:

A) Défices persistentes na comunicação e na interação social:

- ✓ Défice na reciprocidade social e emocional que pode ir desde a aproximação social desajustada e falha nos turnos de conversação, a reduzida partilha de interesses, emoções e afetos, a falha em iniciar ou em responder a interações sociais;
- ✓ Défice nos comportamentos comunicativos não verbais utilizados na interação social, que podem variar desde a fraca integração da comunicação verbal e não verbal, a alterações no contacto ocular e linguagem corporal; a défice na compreensão e uso da comunicação não verbal, assim como ausência total de expressão fácil ou gestos;

- ✓ Déficit em estabelecer e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento, que se podem traduzir por dificuldade na adequação do comportamento na mudança de diferentes contextos sociais; dificuldade na partilha de jogo imaginativo; dificuldades em fazer amigos; aparente falta de interesse no outro.

B) Padrões de comportamento, interesse ou atividades restritas e repetitivas:

- ✓ Discurso, movimentos motores e uso dos objetos repetitivo ou estereotipado, como por exemplo, estereotípias motoras; alinhamentos de brinquedos ou rodar objetos; ecolalia; uso repetitivo de frases idiossincráticas (APA, 2014);
- ✓ Resistência excessiva a mudanças, aderência excessiva a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal, através de stress extremo a pequenas mudanças; dificuldade com as transições; padrões de pensamento rígidos; rituais de saudação; necessidade de ir pelo mesmo caminho ou comer a mesma comida todos os dias (APA, 2014).
- ✓ Interesses fixos e muito restritos que são anormais na intensidade e no foco, que se traduzem por ligação a ou preocupação excessiva com objetos pouco usuais; interesses recorrentes e excessivamente circunscritos (APA, 2014);
- ✓ Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse pouco usual em aspetos sensoriais do ambiente, que se traduzem por: aparente indiferença à dor/temperatura; resposta adversa a sons específicos ou texturas; toque ou cheiro excessivo de objetos; fascinação por luzes ou objetos que rodam (APA, 2014).

Deverão ser cumpridos os seguintes critérios:

- A. Os sintomas devem estar presentes num período precoce de desenvolvimento.
- B. Os sintomas causam uma perturbação clínica significativa nas áreas sociais, ocupacionais, ou outras áreas importantes do funcionamento atual.
- C. Estas alterações não são melhor explicadas por uma PDI ou AGDPM.

Lima (2015) aponta que os níveis de gravidade para os critérios A e B estão relacionados com a necessidade de especificar dentro do diagnóstico de PEA, qual a gravidade com que ocorrem os sintomas e qual o nível de suporte necessário. Consideram-se três níveis diferentes:

Nível 1 – Necessita de apoio;

Nível 2 – Necessita de apoio substancial;

Nível 3 – Necessita de muito apoio.

Comorbilidades

Segundo a APA (2014), as comorbilidades da PEA mais frequentes são a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI); a Perturbação da Linguagem (PL) e a PDAH.

A importância de se realizar um diagnóstico diferencial, permite planejar uma intervenção mais precisa, uma vez que são consideradas as dificuldades, através de estratégias e treinos de intervenção mais específicos (Lima, 2015).

Segundo Antunes (2018), todos os elementos que permitem realizar um diagnóstico de alguma comorbilidade devem de ser avaliados, compreendidos e debatidos, uma vez que se trata de uma disfunção multidimensional.

Avaliação

Por norma, as avaliações realizam-se na infância e na idade escolar, em consultas de Pediatria do Neurodesenvolvimento, Pedopsiquiatria ou de Neuropediatria. As consultas têm em consideração os antecedentes da criança e da respetiva família; através da observação ou de exames (eletroencefalograma), entre outros testes específicos. Não obstante, são efetuadas:

- Avaliações clínicas com base nos critérios do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014) ou pela *Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição* (CID-11) (World Health Organization, 2018)
- Aplicação de Instrumentos de Rastreio como *Modified Checklist for Autism Toddlers (M-Chat)* (Robins et al., 2001), o *CSBS DP Infant-Toddler Checklist* (Wetherby & Prizant, 2002), a *Autism Observation Scale for Infants* (AOSI) (Bryson et al., 2008) e o *First Year Inventory* (FYI) (Reznick et al., 2007)
- Aplicação de Instrumentos de Diagnóstico como *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) (Schopler et al., 1980), o *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R) (Rutter et al., 2003) e a *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) (Lord et al., 2000). Além disso, para avaliar o desenvolvimento psicomotor ou

intelectual, utilizam-se a *Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths* (Griffiths, 1954), a *WPPSI-R* (Wechsler, 1989) e a *WISC-III* (Wechsler, 1991).

- Avaliação do desenvolvimento psicomotor ou intelectual, através da *Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Ruth Griffiths; WPPSI-R e WISC III – Escalas de Inteligência de Weschler para crianças*;
- Entre outros.

Etiologia

Apesar das causas específicas ainda serem pouco claras, as evidências apontam para fatores genéticos, reduzindo a presença de fatores ambientais. Os fatores genéticos estão relacionados aos recetores de neurotransmissores (e.g., serotonina) e controle estrutural do sistema nervoso central.

A PEA apresenta uma hereditariedade oligénica complexa, existindo uma base genética que é constituída por um conjunto de genes que são responsáveis pela suscetibilidade para a doença (Lima, 2015). Por exemplo, o estudo em gémeos e respetivas famílias estimam a hereditabilidade da mesma. Estudos revelam uma concordância entre gémeos monozigóticos significativamente mais alta do que entre gémeos dizigóticos. A taxa de concordância em gémeos homozigóticos é de 70-90%, em contraste com 0-10% de concordância em gémeos dizigóticos, concluindo-se que os resultados revelam uma hereditabilidade >90% para o autismo (Lima, 2015).

Ressalva-se que estamos perante uma perturbação do desenvolvimento que se modifica quando o indivíduo passa de lactente a criança, e de adolescente para adulto (Antunes, 2018).

Modelos de Intervenção dirigidos às crianças

Tratando-se de uma perturbação do neurodesenvolvimento, i.e., que afeta todas as áreas do desenvolvimento psicomotor; uma perturbação crónica de longa duração, que impacta de forma significativa a vida das crianças e respetivas famílias - a sua intervenção deverá ser multidisciplinar de carácter intensivo e precoce.

De acordo com Lima (2015, p.108) existem várias metodologias de intervenção na PEA, tais como:

- Programa PIPA (Programa Integrado Para o Autismo) – Baseado no ensino estruturado e tem como objetivo a promoção das áreas da socialização, cognição, comunicação/linguagem, aprendizagem acadêmica, atenção, comportamento, desenvolvimento emocional, desenvolvimento motor e autonomia (Lima, 2015, p.108);
- Metodologia TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) – Centra-se nas áreas fortes da criança como o processamento visual memorização de rotinas, interesses específicos (Lima, 2015, p.108);
- ABA (Applied Behavior Analysis) – Trata-se de uma metodologia baseada nos princípios behavioristas, que tem como objetivo a modificação de um comportamento. Este tipo de terapia assenta na repetição continua da tarefa até o comportamento ou competência estarem dominados.
- Modelo DIR (Floor-Time) – O modelo visa estimular a criança com PEA através de uma intervenção lúdica, não dirigida e não estruturada, de modo a criar ciclos de comunicação, promovendo a criatividade e espontaneidade.

Cada uma das metodologias acima referidas, compreende a perturbação do autismo através de diferentes práticas/estratégias, motivo pelo qual devem os técnicos compreender e consciencializar as famílias para um melhor aconselhamento de intervenção (Antunes, 2018).

Intervenção Farmacológica

No contexto da PEA, a terapia farmacológica tem como objetivo minimizar os efeitos das comorbilidades e das alterações comportamentais, uma vez que não existem fármacos para “curar o autismo” (Antunes, 2018). Estas intervenções focam-se na melhoria dos sintomas comportamentais, tais como birras, hétero e autoagressividade, ansiedade, rigidez emocional, impulsividade, desatenção e hiperatividade (Lima, 2015).

As terapêuticas mais comuns na PEA são Risperidona, Metilfenidato e Melatonina, ainda assim, variam de caso para caso. Importam salientar que as comorbilidades devem ser tratadas com os fármacos aprovados para tal (Afonso et al. 2018).

Fármacos antipsicóticos atípicos (e.g., Risperidona), são administrados para alívio dos problemas comportamentais relacionados com rituais, autoprejudiciais e agressivos, como também, se tornam inibidores seletivos da recaptação da serotonina nos casos de comportamentos ritualísticos excessivos (Lima, 2015). Fármacos estabilizadores de humor (e.g., Valproato) são administrados para comportamentos de autolesão; e por fim, estimulantes

ou outros medicamentos prescritos para a PHDA, são utilizados na terapêutica farmacológica da PEA para o controlo da desatenção, impulsividade e hiperatividade (Lima, 2015).

Intervenção na família

O papel da família no acompanhamento da PEA é crucial (Pereira, 2011). Cabe a todos os profissionais envolvidos, acompanhar o processo árduo, uma vez que após uma etapa de diagnóstico ou de suspeita do mesmo, os pais e famílias questionam sempre o que o futuro lhes reserva (Pereira, 2011).

Independentemente dos métodos escolhidos, há recomendações e estratégias de suporte que devem ser partilhadas para com as famílias nas suas gestões quotidianas, pois tal como referido anteriormente, as evoluções são sentidas e significativas nos meios naturais dos mesmos (Lima, 2015). Assim, cabe aos técnicos implementarem estratégias de suporte para o apoio psicológico à família; devem estabelecer uma comunicação estreita com a família; promover ações de sensibilização e consciencialização; motivar a criação de grupos de pais/familiares para ajuda mútua e darem a conhecer sobre os direitos sociais existentes (Lima, 2015).

2.2.2. Perturbação da Aprendizagem Específica (Dislexia)

De acordo com Antunes (2018), aproximadamente metade dos alunos com NEE apresentam Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE). Estas alterações resultam de perturbações existentes no cérebro que condicionam competências ao domínio da leitura, escrita e matemática. Tais alterações afetam a capacidade de receber e processar informações verbais de modo eficiente (dificuldades de leitura ao nível de imprecisões, lentidão ou esforço exagerado), levando a dificuldades na escrita (afeta a legibilidade gráfica, a correção ortográfica ou morfosintática) e na matemática, como problemas de cálculo e raciocínio matemático (Antunes, 2018).

Etimologicamente, a palavra “Dislexia” refere-se a dificuldades na aprendizagem da palavra (Montenegro, 1974). As primeiras tentativas da designação e compreensão da dislexia, surgiram por volta de 1920, referindo defeitos ao nível do sistema visual. No entanto, estudos posteriores, seguiram um rumo diferente dando ênfase às perturbações no processamento de unidades linguísticas (fonemas).

A Associação Internacional de Dislexia (1949), definia a Dislexia como:

Uma dificuldade específica da aprendizagem, com origem neurológica, caracterizada por dificuldades no reconhecimento adequado das palavras, por um discurso pobre e dificuldades de decodificação, resultantes de um défice na componente fonológica da linguagem, muitas vezes surpreendente, quando comparado com as capacidades cognitivas e com as aprendizagens em outras áreas.

Conforme Antunes (2021), a dislexia é uma condição variável e nem todas as pessoas com esta perturbação, irão apresentar as mesmas dificuldades, porém, após a entrada na escola, o sintoma mais comum é a tardia aprendizagem das letras e dos respetivos sons. Dificuldade essa que justifica, durante algum tempo, os erros apresentados pelos alunos quer na precisão da leitura de palavras, quer na escrita.

Em Portugal, 28% das crianças manifestam dificuldades de leitura, sendo que, a prevalência de dislexia em contexto nacional é de 5,4 a 8,6%, dependendo do tipo de critérios aplicados (Lima, 2015).

Em termos educacionais, a dislexia pode, inclusive, ser um obstáculo para o progresso do aluno com efeitos nocivos aos níveis cognitivos, emocionais e sociais (Pereira, 2023; Pereira & Silva, 2024). É comum alunos com dislexia, matriculados num terceiro ano de escolaridade, ainda se encontrarem a adquirir competências para a leitura, enquanto os restantes colegas, já adquiriram na íntegra as mesmas.

Segundo Lima (2015), a aprendizagem está dependente de vários tipos de outras variáveis, nas quais se deve refletir aquando da avaliação de uma criança que não aprenda de forma “adequada”: (1) Variáveis orgânicas: Uma doença orgânica (e.g., epilepsia), pode provocar secundariamente dificuldades de aprendizagem; (2) Variáveis relacionadas com a escola/ensino: A adequação dos métodos de ensino; a qualidade do professor e da sua relação com a criança; a qualidade das instalações escolares; a relação da criança com os colegas; o *bullying* de que possa ser alvo por qualquer motivo, pode também influenciar a aprendizagem; (3) Variáveis afetivo-emocionais: A existência de patologia psiquiátrica (e.g., ansiedade, mutismo seletivo) pode também dificultar a aquisição de conhecimentos; (4) Variáveis socioeconómicas ou culturais: Um meio socioeconómico desfavorecido; um meio cultural em que a aprendizagem não é valorizada; políticas estatais de ensino que não assegurem o acesso universal ao ensino e à igualdade de oportunidades podem também ser decisivos na

aprendizagem; (5) Variáveis neurodesenvolvimentais: A maior parte das PND provocam dificuldades de aprendizagem (Lima, 2015).

Posto isto, é possível verificar a existência de uma panóplia de causas de dificuldades de aprendizagem, reforçando-se igualmente a necessidade constante de trabalho multidisciplinar e transdisciplinar nos diversos contextos educativos (Lima, 2015).

Sinais de Alerta

Por norma, os sinais de alerta manifestam-se na idade escolar, devendo as famílias, professores e outros técnicos presentes no quotidiano das crianças, estarem atento às manifestações clínicas (Lima, 2015):

- ✓ Aversão pela escola ou ansiedade escolar;
- ✓ Necessidade de mais tempo para realizar as tarefas;
- ✓ Alterações comportamentais;
- ✓ Faltas e castigos frequentes, eventuais suspensões, expulsões, retenções e abandono;
- ✓ Dificuldades de socialização;
- ✓ *Bullying* escolar e agressividade;
- ✓ Dificuldades na correspondência grafema-fonema e erros de leitura relacionados (por exemplo: faca-vaca; janela-chanela);
- ✓ Dificuldade na leitura de monossílabos ou palavras simples;
- ✓ Necessidade constante do apoio de terceiros para a realização dos trabalhos escolares;
- ✓ Dificuldade de leitura de não-palavras, pseudo-palavras e palavras isoladas;
- ✓ Queixas constantes dos familiares e professores relativas a dificuldades na leitura e na escrita;
- ✓ Necessidade de recorrer à soletração a partir do 2.º ano de escolaridade;
- ✓ Dificuldade de leitura de palavras multissilábicas, com omissão de fonemas ou sílabas, ou na leitura de palavras comuns;
- ✓ Substituição por palavras mais simples;
- ✓ Tendência para adivinhar palavras (em função do contexto ou de imagem);
- ✓ Dificuldade na leitura de enunciado de problemas matemáticos;
- ✓ Leitura sincopada, sem fluência, laboriosa;

- ✓ Pais/Familiares recrutados como leitores dos trabalhos de casa;
- ✓ Falta de prazer na leitura;
- ✓ Caligrafia imperfeita;
- ✓ Comprometimento da vida social para estudar;
- ✓ Dificuldade em encontrar palavras, sinónimos, discurso pouco fluente e com interrupções.

Por norma, as crianças disléxicas podem apresentar:

- Confusão entre letras que possuem um ponto de articulação comum e cujos sons são acusticamente próximos (e.g., d-t; j-x; c-g; m-b; m-b-p; v-f);
- Confusão entre letras, sílabas ou palavras com grafia similar, mas com diferente orientação no espaço (e.g., b-d; b-p; b-q; d-b; d-q; n-u; w-m; a-e);
- Inversões parciais ou totais de sílabas ou palavras (e.g., me-em; sal-las; sol-los; som-mos; pal-pla);
- Substituição de palavras por outras de estrutura similar ou criação de palavras sujas quais tenham um significado diferente (e.g., saltou-salvou);
- Adição e/ou omissão de sons, sílabas e palavras (e.g., famosa-fama; casaco-casa);
- Problemas de compreensão;
- Dificuldades na nomeação rápida.

Critérios de Diagnóstico

A APA (2023) procedeu à revisão dos critérios das Perturbações Específicas da Aprendizagem, tornando-os mais abrangentes. No entanto, subsistem termos (dislexia, disortografia, disgrafia, discalculia) utilizados por parte dos professores, técnicos ou profissionais de saúde. Estão presentes os seguintes critérios:

- A) Dificuldades na aprendizagem e na utilização de competências académicas, como indicado pela presença de, pelo menos, um dos seguintes sintomas, que tenha persistido pelo menos seis meses, apesar de intervenções dirigidas a essas dificuldades (APA, 2023):

- ✓ Leitura imprecisa ou lenta, com esforço de palavras (e.g., leitura incorreta ou lenta e hesitante de palavras em voz alta, tentativa de adivinhação de palavras, dificuldade em pronunciar palavras);
 - ✓ Dificuldade na compreensão leitora (e.g., pode ler corretamente, mas não compreender a sequência);
 - ✓ Dificuldades em soletrar (e.g., pode adicionar, omitir ou substituir vogais ou consoantes);
 - ✓ Dificuldades na expressão escrita (e.g., dificuldades na organização do texto em parágrafos, falta de clareza das ideias na escrita).
- B) As competências académicas afetadas estão substancialmente e quantitativamente abaixo do esperado para a idade cronológica do indivíduo, e interferem significativamente com a performance académica ou ocupacional ou com as atividades da vida diária, como confirmado por testes padronizados individualmente administrados e pela avaliação clínica. Para indivíduos de idade igual ou superior a 17, uma história documentada de dificuldades de aprendizagem incapacitantes pode ser substituída pela avaliação padronizada (APA, 2023).
- C) As dificuldades de aprendizagem iniciam-se durante a idade escolar, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências para essas competências académicas afetadas excedam as capacidades do indivíduo (e.g., em provas cronometradas, cargas académicas excessivamente pesadas).
- D) As dificuldades de aprendizagem não são melhor explicadas por perturbações intelectuais, défices visuais ou auditivos, outras perturbações mentais ou neurológicas, adversidade psicossocial, dificuldades na língua da aprendizagem ou condições de ensino desadequadas (APA, 2023).

Salienta-se que os quatro critérios de diagnóstico, devem ser cumpridos, com base numa síntese clínica da história individual – desenvolvimental, médica, familiar, educacional, através de relatórios escolares e avaliação psicoeducacional (APA, 2023). Devem, igualmente, serem especificados todos os domínios afetados desde dificuldades na leitura (e.g., precisão na leitura de palavras; velocidade ou fluência na leitura), às dificuldades na expressão escrita (e.g., precisão ortográfica; precisão na pontuação gramática) e na matemática (APA, 2023).

De acordo com a autora Lima (2015) devemos especificar a gravidade nos critérios de diagnóstico que variam desde:

- Ligeira – Algumas dificuldades em um ou dois domínios académicos, mas de gravidade ligeira o suficiente para que o indivíduo seja capaz de compensar ou funcionar bem com as adequações ou apoios adequados, especialmente durante a idade escolar,
- Moderada – Dificuldades marcadas em um ou mais domínios académicos, de tal forma que o indivíduo pouco provavelmente se torne proficiente sem alguns intervalos de treino ou ensino intensivo especializado durante a idade escolar. Pode necessitar de algumas adaptações ou apoios durante, pelo menos, uma parte do horário escolar, laboral ou em casa, para completar as atividades de forma precisa e eficiente.
- Grave – Graves dificuldades na aprendizagem de competências, afetando vários domínios académicos, de tal forma que se torna pouco provável a aprendizagem das mesmas sem ensino especializado individualizado intensivo, durante a maior parte da escolaridade. Mesmo com adequações e apoios especializados, o indivíduo pode não ser capaz de completar todas as atividades de forma eficiente.

Comorbilidades

Em 56% dos casos diagnosticados, está presente outra Perturbação da Aprendizagem, como a disortografia, a disgrafia ou a discalculia. A Perturbação da Linguagem (PL) pode igualmente coexistir, o que acresce e agrava as dificuldades fonológicas típicas da Dislexia (Lima, 2015). Em 18-42% dos casos diagnosticados, coexiste uma PHDA. Ademais, é essencial considerar, a comorbilidade com perturbações, nomeadamente do humor, da ansiedade, do comportamento, de oposição, e de desafio, bem como, dificuldades ao nível do ajustamento social e abuso de substâncias (Lima, 2015).

Avaliação

Numa fase inicial ou numa idade escolar precoce, devem ser avaliadas apenas as competências específicas da leitura e escrita; posteriormente, iniciar-se uma intervenção e só se esta não for eficaz, referenciar a criança para uma avaliação mais específica. O diagnóstico de DAE só pode ser efetuado após a prática das competências académicas, i.e., no segundo ano escolar (Antunes, 2018).

Uma avaliação mais detalhada, designa-se avaliação psicopedagógica e tem como objetivos a confirmação efetiva do diagnóstico e o delineamento do perfil funcional para que se possa planificar uma intervenção que vá ao encontro das reais necessidades da criança. A avaliação psicopedagógica deverá incluir (Lima, 2015, p.167):

- “Avaliação da linguagem, consciência fonológica e articulação verbal;
- Avaliação cognitiva (exclusão de PDI);
- Avaliação do comportamento adaptativo, se cognição abaixo da média;
- Avaliação da atenção;
- Avaliação emocional e comportamental;
- Avaliação da leitura:
 - Oral e silenciosa (nível de leitura, eventual murmúrio perceptível ou movimentos dos lábios ao ler de forma silenciosa);
 - Precisão (análise dos erros e sua tipologia)
 - Velocidade (com referência à norma);
 - Fluência (expressiva, vacilante, palavra por palavra, silábica, fonémica);
 - Compreensão (ao nível da palavra, frase, parágrafo, texto);
 - Leitura de palavras isoladas;
 - Leitura de pseudo-palavras;
 - Comportamentos durante a leitura (assinalar a linha com o dedo, perder a linha, movimentos da cabeça, aproximar muito a cabeça do livro, tensão da postura, movimentos parasitários);
- Avaliação da escrita:
 - Ditado;
 - Cópia;
 - Composição (produção de texto livre, composição orientada);
 - Caligrafia;
- Avaliação das competências matemáticas.”

Etiologia

A etiologia das Perturbações Específicas da Aprendizagem tem origem neurobiológica, multifatorial e envolvem ambos os fatores genéticos, cognitivos e ambientais (Moura, 2024).

De acordo com Lima (2015), ressonâncias funcionais demonstram a existência de três áreas cerebrais, ou seja, a área parietotemporal, área occipitotemporal e circunvolução frontal inferior, presentes no hemisfério esquerdo, sendo fundamentais para o desenvolvimento da leitura. Todavia, em indivíduos com diagnóstico de Dislexia, as áreas parietotemporal e occipitotemporal têm menor ativação, enquanto a circunvolução frontal inferior está mais ativada, o que justifica as dificuldades fonológicas acentuadas.

Modelos de Intervenção

No início da escolaridade, primeiro ano do primeiro ciclo, as crianças deparam-se com um grande desafio: todas as palavras são novas e por esse mesmo motivo, as crianças recorrem preferencialmente à leitura pela via fonológica. Progressivamente, e à medida que as crianças vão alargando o léxico de palavras lidas, estão capazes de usar as duas vias em paralelo – fonológica e lexical (Lima, 2015).

No entanto, crianças com Perturbações Específicas da Aprendizagem não conseguem adquirir competências pelos métodos de ensino usuais. E nestes casos, o método mais utilizado no contexto de ensino português é o Método das 28 palavras, o qual parte de 28 palavras-chave (como menina/uva/sapato ou telhado) e vai permitindo, através do uso da memória visual, ampliar as aquisições desde a palavra à sílaba até chegar ao fonema/grafema (Lima, 2015). Para que o método seja eficaz, é essencial que progressivamente, se recorra à palavra, à imagem correspondente à palavra, à noção de sílaba e à sua identificação, nomeação e evocação; para que a criança consiga adquirir competências.

Antes de se iniciar qualquer intervenção no domínio da avaliação da leitura e/ou da escrita, é importante que se conheça o estágio de desenvolvimento silábico em que a criança se insere, para que se possa partir de um nível mais simples para um nível mais complexo durante a avaliação psicopedagógica (Lima, 2015). As intervenções devem ser individualizadas e particularizadas. Lima (2015) acrescenta que antes de se iniciar qualquer tipo de intervenção no domínio das Perturbações da Aprendizagem, é extremamente relevante proceder a uma avaliação pormenorizada, através de baterias informais, ou da aplicação de avaliações formais existentes para a população portuguesa, tais como:

- ALEPE (*Bateria de Avaliação da Leitura em Português Europeu*) de Ana Sucena e São Luís Castro (2011);

- PADD (*Prova de Análise e Despiste da Dislexia*) de Rui Manuel Carreteiro (2007);
- PROCOMLEI (*Prova de Compreensão Leitora*) de Fernanda Leopoldina Viana, Íris Pereira e Margarida Teixeira (2014).

Intervenção com a família

A intervenção com a família é de extrema importância, no sentido de apoiar psicologicamente os pais/familiares nas dificuldades específicas da criança. É importante que a família compreenda que as dificuldades não resultam da preguiça ou de oposição por parte da criança; nem estão associadas a dificuldades cognitivas, mas sim a uma perturbação que limita a capacidade de aprendizagem pelos métodos usuais (Sousa et al., 2022).

A troca de informações e estratégias entre pais/familiares e até mesmo professores, são uma mais-valia no processo de avaliação e acompanhamento. Para Antunes (2018), é imprescindível a implementação de hábitos de leitura entre família; atribuição de rotinas para a realização dos trabalhos de casa/estudo; na escola os enunciados que acompanham os exercícios devem ser claros, curtos, com letras legíveis e espaços adequados entre as palavras e os materiais de leitura deverão estar ao nível de competência da criança em questão.

2.3. A Intervenção Precoce em Portugal

As funções prestadas pela Equipa Local de Intervenção (ELI), regem-se em termos dos Direitos e Legislação, uma vez que existe um conjunto de diplomas legais nacionais que enquadram a ação do SNIPI a ter em consideração, nomeadamente:

- Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar – têm o objetivo de apoiar a construção e gestão do currículo no jardim de infância, sendo da responsabilidade de cada educador/a e da equipa educativa;
- Dec. Lei n.º 54/2018 de 6 de julho – tem o intuito de definir os princípios e normas para garantir a inclusão de todas as crianças, através da promoção da sua participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa;
- Convenção sobre os Direitos da Criança – visa proteger as crianças e adolescentes a nível mundial, tendo sido aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na Resolução 44/25, de 20 de novembro de 1989.

Até à década de 1960, os programas que se destinavam a crianças com deficiência, com idades compreendidas entre os 0 e os 2 anos, baseavam-se, de forma exclusiva, num modelo médico. As intervenções consistiam em ações de estimulação precoce, desenvolvidas pelos serviços de saúde, nomeadamente pelo Instituto Maternal do Ministério da Saúde e Assistência (SNIPI, 2015).

Com o surgimento dos Centros de Paralisia Cerebral na década de 70, iniciou-se um trabalho multidisciplinar centrado no âmbito da estimulação e intervenção precoce em crianças com paralisia cerebral. As Equipas de Orientação Domiciliária da Direção de Serviços de Estabelecimentos Sociais Oficiais do CRSS de Lisboa, entretanto extintas no ano de 1989, desenvolveram igualmente trabalhos com crianças, desta vez com necessidades educativas (SNIPI, 2015).

Em 1973 foi implementada a Divisão de Educação Especial no ME que através das suas equipas de Educação Especial, contribuíram para a integração das crianças com deficiência ou incapacidades, apesar do apoio a crianças com idade inferior a 6 anos de idade manter-se escasso (Bairrão, 2001). Após a revolução de 25 de abril de 1974, o número de respostas sociais e de saúde aumenta e as responsabilidades alusivas ao desenvolvimento da educação pré-escolar passam a ser divididas entre o MSS e da ME. Porém, até meados dos anos 80 não existiram grandes alterações em termos de acompanhamento a crianças com idades inferiores aos 6 anos de idade em risco ou com deficiência, sendo assim inexistente a intervenção precoce na infância (Bairrão, 2001).

Em conformidade com os dados partilhados pelo SNIPI (2015), através do trabalho pioneiro desenvolvido pela direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP) e o Projeto Integrado de IPI de Coimbra (PIIP), iniciou-se a construção do caminho para aquilo que viria a ser a Intervenção Precoce no nosso país e só nos anos 90, deu-se um novo incremento a nível do desenvolvimento de projetos de IPI, devido a vários fatores, tais como:

- A experiência pioneira da DSOIP;
- O modelo do PIIP de Coimbra;
- A crescente consciencialização dos técnicos da necessidade de uma abordagem sistémica no desenvolvimento da sua intervenção em IPI;
- As mudanças significativas nas práticas educativas do ME;
- Os vários incentivos financeiros.

Em 1999, foi elaborado um documento orientador destinado à IPI, o Despacho-Conjunto n.º 891/99. Este documento, visa à colaboração de 3 Ministérios (Educação, Saúde e Segurança Social), inspirado na legislação americana, definindo assim as orientações práticas e atuais da IPI, a saber: (1) Redes de suporte; (2) Centrada na família e criança; (3) Trabalho de equipa transdisciplinar; (4) Implementação de um Plano Individual de Intervenção e a figura “responsável de caso”. Definindo, igualmente, a população alvo correspondente a crianças dos 0 aos 6 anos de idade, preferencialmente dos 0 aos 3 anos de idade com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento.

Recentemente, em outubro de 2009 foi publicado o Dec. Lei 281/2009 que cria o SNIPI, desenvolvido através da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação com o envolvimento das famílias e da comunidade.

As equipas de IPI são responsáveis pela sinalização e despiste das situações de risco, pela monitorização e vigilância das crianças em risco, pela avaliação das situações de risco, pela determinação da elegibilidade para a IPI e pelo planeamento, desenvolvimento e implementação dos programas de IPI e pela avaliação dos seus resultados - em colaboração e parceria com a família (Ordem dos Psicólogos, 2018).

2.4. Escola Inclusiva – Necessidades Educativas Específicas

A família e a escola emergem como duas instituições fundamentais para desencadear os processos evolutivos das pessoas, atuando como propulsores ou inibidores do seu crescimento físico, intelectual e social (Dessen, 2007). Enquanto a instituição de ensino estimula e desenvolve uma perspetiva mais universal e ampliada do que é o conhecimento científico, a família transmite crenças e valores, tendo como consequência, processos de aprendizagem e de desenvolvimento mais equilibrados (Dessen, 2007).

À semelhança de vários, Portugal tem implementado mudanças no sistema educativo, com o objetivo de tornar as escolas mais inclusivas, capazes de acolher e educar todos os alunos, incluindo aqueles com deficiência (Rodrigues, 2011).

Os primeiros avanços no ensino especial em Portugal tiveram início em 1941, através de cursos específicos para Professores de Educação Especial, bem como a implementação de turmas especiais, em escolas nacionais, destinadas a alunos com diferentes tipo de deficiência ou dificuldades de aprendizagem mais significativas (Rodrigues, 2011).

Segundo Rodrigues (2011), nas décadas de 1950 e 1960, surgiram associações dedicadas ao apoio a diversas dificuldades (e.g., deficiência intelectual, paralisia cerebral). A colaboração entre famílias e técnicos levou à criação das CERCI (Cooperativas de Educação e Reabilitação), que passaram a oferecer um acompanhamento especializado, tanto a nível médico como escolar.

Contudo, comparativamente à maioria dos países europeus, Portugal apresentava, em 1974, uma taxa de analfabetismo muito elevada, o que contribuiu para um atraso estrutural no setor da educação. Somente após a Revolução de 25 de Abril de 1974 é que a legislação portuguesa passou a consagrar direitos fundamentais como a educação e a igualdade de oportunidades para todos os cidadãos, princípios que ficaram expressos na Constituição de 1976 (Rodrigues, 2011). Como tal, o ME assumiu a responsabilidade pelo sistema educativo, incluindo a educação das crianças com deficiência. Dada a escassez de respostas educativas na época, verificou-se um aumento significativo do número de CERCI, que passaram a oferecer soluções pedagógicas e sociais mais abrangentes, alargando também a faixa etária dos alunos integrados (Rodrigues, 2011).

Rodrigues (2011), alega atualmente, continuarem a existir muitas destas instituições com ofertas em termos de formação profissional, empregos protegidos, residenciais, intervenção precoce, valências ocupacionais para deficientes intelectuais profundos, ações de apoio às famílias, bem como, suporte técnico especializado às crianças e respetivos familiares.

A década de 90 ficou marcada em Portugal, uma vez que se definiu a Educação Especial como uma modalidade integrada no sistema de ensino português. O regime educativo especial, implementou-se nas escolas de ensino regular, prevendo a adaptação das condições para o ensino e aprendizagem dos alunos com necessidades educativas e partir deste momento, passou a ser responsabilidades das escolas portuguesas estarem preparadas para fornecerem respostas adequadas às diversas problemáticas dos alunos, obrigando a uma flexibilização dos processos de ensino e aprendizagem (Rodrigues, 2011).

Com base na Declaração de Educação para Todos (1990), na Declaração de Salamanca (1994) e nas Normas Sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (1995), a construção de escolas inclusivas passou a ser, em contexto nacional, uma prioridade, onde todos os alunos pudessem aprender juntos, independentemente das diferenças e dificuldades e com a necessidade da devida diferenciação curricular através da adaptação e individualização curricular.

Decorridos onze anos, foi publicado a 07 de janeiro de 2008, o Dec. Lei 3/2008, o qual consagrou aspetos determinantes como a inclusão educativa e social; a promoção da igualdade de oportunidades; o acesso e o sucesso educativo; a autonomia; a preparação para o prosseguimento dos estudos ou carreira profissional dos alunos; bem como, a estabilidade emocional. Este documento legal e renovador, segundo Rodrigues (2011) preconizou a criação do PEI e PIT (ainda utilizados na atualidade). O PEI passou a estabelecer as respostas educativas e as práticas avaliativas para cada aluno e por sua vez, o PIT complementaria o PEI, preparando a integração pós-escolar no caso dos jovens alunos cujas necessidades educativas, os impediam de adquirir as devidas aprendizagens e competências definidas num currículo comum. O decreto de lei em questão trouxe alterações essenciais à Educação Especial, como por exemplo, a implementação de projetos educativos nos agrupamentos escolares, o envolvimento dos encarregados de educação foi reforçado, garantindo que estes tinham uma maior participação na avaliação e planeamento educativo, criação de equipas multidisciplinares, criação de unidades especializadas para alunos com deficiências sensoriais e mentais graves, entre outros.

Após dez anos de legislação, foi publicado a 06 de julho, o Dec. Lei 54/2018 que se mantém, até então, em vigor. No preâmbulo do decreto, regista-se que a educação inclusiva é uma das prioridades da ação governativa, sendo revigorado o direito de oportunidade a cada aluno, e a maior e mais significativa mudança, passa pela participação da família em todo o processo de ensino/aprendizagem, tendo direito a participarem nas reuniões da equipa multidisciplinar, a participar na elaboração e na avaliação do RTP e PEI, a solicitar a sua revisão, a consultar o processo individual do educando e a terem acesso a todas as informações adequadas e claras, relativamente ao educando.

De acordo com Bonança (2022), o referido diploma faz referência à categoria Necessidades de Saúde Especiais (NSE), promovendo o abandono da categoria NEE, gerando discórdia em Portugal, uma vez que alguns profissionais do ensino, em geral, defendem que ao abandonarmos a categoria das NEE, estamos a excluir, efetivamente, os alunos com necessidades educativas significativas.

O Ministério da Educação (DGE, 2018) avança com a abordagem multinível de acesso ao currículo, mediante a disponibilização das seguintes medidas nas escolas nacionais:

- a) Medidas Universais: As medidas universais correspondem às respostas educativas que a escola tem disponíveis para todos os alunos com objetivo de promover a

participação e a melhoria das aprendizagens (ponto 1, Art.º 8, p. 2921). Ou seja, dirigem-se a todos os alunos e têm como objetivo promover a participação e o sucesso escolar. Visam a diferenciação pedagógica, as acomodações curriculares, o enriquecimento curricular, a promoção do comportamento pro-social e a intervenção com foco académico ou comportamental em pequenos grupos.

- b) Medidas Seletivas: As medidas seletivas visam colmatar as necessidades de suporte à aprendizagem não supridas pela aplicação das medidas universais (ponto 1, Art.º 9, p.2921). Ou seja, dirigem-se a alunos em risco de insucesso escolar, que evidenciam necessidades de suporte à aprendizagem que não foram supridas em resultado da aplicação de medidas universais. Propõem percursos curriculares diferenciados, adaptações curriculares não significativas, apoio psicopedagógico, antecipação e reforço das aprendizagens e apoio tutorial.
- c) Medidas Adicionais: As medidas adicionais visam colmatar dificuldades acentuadas e persistentes ao nível da comunicação, interação, cognição ou aprendizagem e exigem recursos especializados de apoio à aprendizagem e à inclusão (ponto 1, Art.º 10, p.2921). Ou seja, alunos que apresentem dificuldades acentuadas e persistentes ao nível da comunicação, interação, cognição ou aprendizagem e que exigem recursos adicionais significativos. Intentam a frequência da escolaridade por disciplinas, adaptações curriculares significativas, PIT, desenvolvimento de metodologias e estratégias de ensino estruturado e o desenvolvimento de competências de autonomia pessoal e social.

Em concordância com Bonança (2022), deverão as escolas nacionais, assentar no Desenho Universal para a Aprendizagem (DUA) que aspira na garantia de oportunidades de desenvolvimento por meio de ferramentas, métodos e formas de avaliação, maximizando a aprendizagem com vista ao sucesso de todos os alunos.

Para Nogueira & Rodrigues (2007), a inclusão escolar das crianças com deficiência é igualmente considerada um dos meios mais poderosos para banir os estereótipos e as atitudes negativas para com as pessoas com deficiência nas próximas gerações. Evita-se a marginalização social, fortalecessem-se os laços sociais e desenvolve-se uma maior diversidade na oferta de medidas educativas e determinadas oportunidades futuras (Nogueira & Rodrigues, 2007).

2.5. A Psicologia no Contexto Educativo em Portugal

A necessidade de psicólogos em contextos educativos é necessária, e reforçada, pela prevalência das perturbações mentais, dos problemas de comportamento e dos problemas sociais, estimando-se, atualmente que um em cada cinco crianças/adolescentes, manifestam perturbações neste sentido (OPP, 2018).

As intervenções psicológicas em contexto educativo, aumentam os níveis de satisfação com a escola e com a vida, uma vez que os dados revelam melhorias ao nível da regulação emocional, bem como, o recurso às estratégias para a resolução de conflitos por parte dos jovens. Outros fatores como a diminuição do *bullying* e da violência; o aumento do compromisso/envolvimento com a escola; a diminuição dos números de absentismo, retenção e abandono escolar; a redução dos problemas de aprendizagem (muitas vezes relacionados com os problemas emocionais – ansiedade e depressão); e por fim, a diminuição dos comportamentos de risco para a saúde (tabagismo, abuso de álcool e/ou outras substâncias, gravidez precoce), estão, inclusive, confirmados. (OPP, 2018).

2.6. Instrumentos de Avaliação Ecológica e Psicológica utilizados em ambas as valências (ELI e CRI)

De seguida, será realizada uma apresentação sucinta dos instrumentos de Avaliação Ecológica e Psicológica utilizados no contexto de ambas as valências do estágio, seguindo as orientações fornecidas pelas respetivas Orientadoras de Estágio e em conformidade, com os materiais disponibilizados pela Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Estes instrumentos, foram selecionados de forma criteriosa para garantir a adequação aos objetivos, permitindo uma avaliação robusta e contextualizada das necessidades das crianças atendidas, assegurando, assim, um acompanhamento rigoroso e informado.

2.6.1. Ecomapa (Hurtman, 1975)

O Ecomapa trata-se de um instrumento de avaliação ecológica, desenvolvido por Ann Hurtman no ano de 1975. Teve como base a ecologia humana e o intuito de representar as relações e sistemas sociais do indivíduo. Traduz-se numa representação gráfica da família nuclear que engloba os vários intervenientes das redes de apoio formal, informal e intermediários da família que prestam apoio/suporte (McWilliam, 2010).

2.6.2. Escala de Avaliação da Satisfação da Família com as Rotinas (EBR) (McWilliam, 2000)

Trata-se de uma entrevista semiestruturada que tem como objetivo conhecer o funcionamento da criança e respectivas famílias, nas diferentes rotinas diárias, quer no contexto educativo, quer no contexto domiciliário para que se possa identificar as necessidades funcionais, delinear objetivos de intervenção e auxiliar a elaboração do PIIP (Dunlap, Ester, Langhans e Fox, 2006, cit Mcwilliam, 2012, p.42). Em suma, permite a recolha de informação por parte dos profissionais no âmbito da independência, do envolvimento, da competência social da criança, e das preocupações/prioridades da família. Os objetivos e resultados concebidos a partir desta avaliação são: (a) Funcionais: são imediatamente identificadas as competências uteis que a criança necessita ao longo do dia; (b) Transdisciplinares: não têm de ser dirigidos por um profissional de uma determinada disciplina.

2.6.3. Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (EDMG) (Griffiths, 1954)

Trata-se de uma escala baseada no modelo holístico do desenvolvimento mental, atribuindo grande relevância às diferenças sociais, culturais e ao papel ativo das crianças na construção do seu desenvolvimento, desenvolvida por Ruth Griffiths. É uma escala extremamente requisitada em contexto clínico (para a avaliação do desenvolvimento), no diagnóstico e no aconselhamento educacional e terapêutico de crianças em situação de risco de desvios do desenvolvimento, sendo inclusive um recurso para diversos trabalhos de investigação (Griffiths, 1954).

A primeira publicação da EDMG surgiu em 1954, no livro *“The Abilities of Babies, 0-2 years”* e destinava-se à avaliação de crianças dos 0-2 anos. As primeiras escalas foram desenvolvidas em Inglaterra destinadas à população inglesa e foram posteriormente, estudadas, adaptadas e aplicadas noutros países (Borges, 2012). Todavia, a fim de manter uma continuidade na avaliação das crianças após os 2 anos, foi sentida a necessidade de estudar um prolongamento das escalas e, em 1970, é publicada no livro *“The Abilities of Young Children”* a 2ª versão das Escalas de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, com uma revisão da escala dos 0-2 Anos e uma extensão para a faixa etária dos 2-8 Anos. Preservou-se a estrutura original e acrescentou-se uma 6ª subescala (Borges, 2012).

A “Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths III (0-6)” avalia as sequências do desenvolvimento indicativas do crescimento mental. É composta por: (1) Fundamentos para a

Aprendizagem: Avalia a capacidade da criança para aprender, como estabelece relações entre os objetos e competências necessárias para a aprendizagem: processamento cognitivo, memória, capacidade para resolver problemas práticos, raciocínio sequencial, velocidade de execução e capacidades visuoespaciais; (2) Linguagem e Comunicação: Avalia o desenvolvimento da comunicação e da linguagem e a capacidade para comunicar e interagir com os outros, forma como utiliza e compreende as palavras, como constrói e utiliza as frases, aspetos semânticos ou sintáticos e a área da fonologia e da pragmática; (3) Coordenação Olho-Mão: Avalia as capacidades visuais da criança e a forma como manipula os materiais em atividades que tem de usar movimento finos das mãos, coordenar aquilo que vê com o que faz, e a rapidez com que é capaz de manusear os materiais; (4) Pessoal-Social-Emocional: Avalia o desenvolvimento da autonomia da criança e o seu grau de autoconhecimento, as competências sociais e forma como se relaciona com os outros, bem como o seu grau de desenvolvimento emocional; (5) Motricidade Global: Avalia as capacidades motoras globais, como o equilíbrio, ritmo, sequencia/planeamento/regulação do movimento regulação do movimento e força.

A avaliação da escala traduz-se num resultado global (IM total em meses) e com a obtenção da média dos resultados brutos em cada uma das subescalas, é possível identificar como 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 demonstrando boas características psicométricas (Borges et al., 2012).

2.6.4. Perfil Psico-Educacional 3ª Edição (PEP-3) (Schopler, 2004)

Traduz-se num instrumento que traça o perfil psicoeducativo e auxilia na reflexão sobre a transição da criança para o contexto educativo, particularmente útil no planeamento individualizado do PEI e PIT (Schopler, 2004). Desenvolvido por Eric Schopler em 1990, avalia as competências e os comportamentos das crianças com diagnóstico PEA e padrões irregulares de aprendizagem na comunicação, numa faixa etária compreendida entre os 6 meses até aos 7 anos de idade (León et al. 2004). É administrado individualmente, com uma duração de 45 a 90 minutos e os domínios de função foram revistos para refletir as preocupações sentidas no contexto clínico, especialmente nas áreas das funções sociais e de comunicação (León et al., 2004).

O PEP-3 é composto por duas partes: um questionário dirigido aos principais cuidadores que recolhe informação sobre o Comportamento e a Autonomia; um conjunto de atividades

psicoeducativas propostas à criança, que avaliam a área da *Comunicação, Motora e Comportamentos Adaptativos* (León et al., 2004). O teste é composto por áreas que avaliam os comportamentos comunicativos, as capacidades motoras e o comportamento adaptativo, com dez subtestes de desempenho que avaliam as áreas: (1) Cognitivo verbal / pré-verbal; (2) Linguagem Expressiva; (3) Linguagem Recetiva; (4) Motora fina; (5) Motora Global; (6) Visuo-Motora; (7) Expressão afetiva; (8) Reciprocidade Social; (9) Características de comportamentos motores; (10) Características de comportamentos verbais. O PEP-3 gera diferentes tipos de *scores*, como:

- Scores padronizados: medem o desempenho da criança em comparação com a população geral (idade média de desenvolvimento).
- Percentis: indicam a posição da criança em relação à população de referência.
- Quocientes de desenvolvimento: mostram a relação entre a idade cronológica da criança e a sua idade de desenvolvimento nas várias subescalas.

O instrumento, inclui ainda um relatório que solicita às famílias refletirem sobre o nível de desenvolvimento da criança tendo como referência a sua idade cronológica. O relatório final é composto pelas áreas de preocupação recolhidas na entrevista aos pais, feito o perfil de desenvolvimento com as áreas mais e menos investidas (Comunicação, Motor e Comportamento Adaptativo), bem como, feita a descrição do comportamento da criança durante a avaliação com base nas subescalas da Reciprocidade Social, Expressão Afetiva, Características dos Comportamentos Verbais e Motores (Reis et al., 2012).

2.6.5. Figura Completa de Rey-Osterrieth (FCR-O) (Rey, 1959)

A figura Completa de Rey-Osterrieth, trata-se de um teste de avaliação neuropsicologia amplamente utilizado por psicólogos clínicos e investigadores, criado por Rey e posteriormente, implementado por Osterrieth (Anderson et al., 2001). Utilizado em diversos contextos clínicos e de investigação, fornece informações úteis para a avaliação de condições como lesões cerebrais traumáticas, demência, perturbações de aprendizagem e perturbações ao nível do desenvolvimento, podendo ser utilizado numa faixa etária dos 6-93 anos (Espírito Santo et al., 2015).

Consiste numa figura geométrica complexa em que a criança deve copiar e, em seguida, reproduzir de memória após um intervalo de tempo (obrigatório). O processo de administração e avaliação do teste é bastante estruturado e fornece informações detalhadas sobre o funcionamento cognitivo da criança avaliada. Na fase de cópia, o avaliador observa a precisão

na reprodução dos detalhes, a organização espacial e as estratégias utilizadas pela criança. Na fase de reprodução de memória, o teste avalia a capacidade de memória visual, a fidelidade na reprodução dos detalhes e a habilidade de planejamento visuoespacial (Espírito Santo et al., 2015).

A interpretação dos resultados leva em consideração a comparação entre a cópia e a reprodução de memória, bem como a análise qualitativa das estratégias utilizadas pela criança participante.

2.6.6. Escala de Inteligência de Wechsler para crianças – Terceira Edição (WISC – III) (Wechsler, 1991)

A Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III) da autoria de David Wechsler (ano), representa a terceira edição da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC) e tem por finalidade avaliar a capacidade intelectual de crianças, após revisão completa e atualização substancial (Zanarella Cruz, 2005). A WISC-III, introduz diversas inovações significativas, particularmente, no que diz respeito aos materiais utilizados (por exemplo, a introdução de estímulos visuais impressos a cores), ao conteúdo dos testes (incluindo a substituição de itens considerados desatualizados) e aos procedimentos de administração e análise dos resultados. De acordo com Zanarella Cruz (2005), como medida da capacidade intelectual geral, esta escala pode ser utilizada para diferentes finalidades, como por exemplo: avaliação psicoeducacional, diagnóstico de crianças excepcionais em idade escolar, avaliação clínica, neuropsicológica e pesquisa.

A escala incorpora doze subtestes provenientes da WISC-R, juntamente com a adição de um novo subteste: Pesquisa de Símbolos. Os subtestes são agrupados em duas categorias distintas: verbais e de realização.

Dentro da categoria verbal, encontram-se integrados seis subtestes, a saber:

- Informação: Avalia o conhecimento geral da criança numa ampla variedade de tópicos, incluindo, fatos históricos, culturais, científicos e geográficos;
- Semelhanças: Avalia a capacidade da criança no que tange à compreensão de conceitos abstratos e identificação de semelhanças entre pares de palavras ou conceitos;
- Aritmética: Avalia as habilidades de raciocínio matemático da criança, incluindo a capacidade de resolução de problemas aritméticos verbais;
- Vocabulário: Avalia a extensão e a precisão do vocabulário recetivo do indivíduo, medindo a capacidade de definir palavras apresentadas oralmente.

- Compreensão: Avalia a capacidade da criança compreender conceitos sociais e práticos, bem como, a capacidade de raciocinar sobre situações sociais.
- Memória de Dígitos (subteste opcional): Avalia a memória auditiva de curto prazo da criança, pedindo à mesma que repita sequências de dígitos apresentadas oralmente.

Dentro da categoria de Realização, encontram-se integrados seis subtestes, a saber:

- Completamento de Gravuras: Avalia as habilidades visuoestrutivas da criança, através da solicitação do término de desenhos inacabados;
- Código: Avalia a velocidade de processamento visual e a atenção da criança, solicitando que esta substitua símbolos por números, seguindo um código específico;
- Disposição de Gravuras: Avalia a capacidade de a criança organizar formas geométricas, de acordo com um modelo visual;
- Cubos: Avalia a capacidade de a criança visualizar e manipular objetos tridimensionais, requerendo que esta construa estruturas com cubos.
- Composição de Objetos: Avalia as habilidades visuomotoras e de organização visual da criança, solicitando à mesma a montagem de objetos, a partir de peças separadas.
- Pesquisa de Símbolos (subteste opcional): Avalia a velocidade de processamento visual e a atenção seletiva da criança, pedindo para que esta, identifique símbolos correspondentes em uma lista de símbolos.
- Labirintos (subteste opcional): Avalia as habilidades de solução de problemas visuo-espaciais da criança, solicitando que trace um caminho através de labirintos, num tempo limitado.

A partir dos resultados obtidos nos sub-testes, chega-se aos Quocientes de Inteligência verbal (QIV) e de execução (QIE), além do Quociente Global (QI).

Além dos QIs, a escala prevê índices fatoriais associados a competências específicas, tais como:

- ✓ Compreensão verbal (inclui os sub-testes Informação, Semelhanças, Vocabulário e Compreensão);
- ✓ Organização Percetual (Completar Figuras, Arranjo de Figuras, e completar Objetos);
- ✓ Resistência a Distração (Aritmética e Dígitos);
- ✓ Velocidade de Processamento da Informação (Códigos e Procurar Símbolos).

2.6.7. Teste do Desenho da Família (Corman, 1967)

A aplicação do desenho em Observações/Avaliações Psicológicas é uma constante. Através do desenho, a criança expressa sobre a forma como percebe e compreende o mundo que a rodeia; expressa a forma como percebe o seu mundo interior, representando assim, sensações e informações acerca do seu estado psicológico e estilo interpessoal. O desenho permite o acesso ao mundo emocional e intelectual da criança, ficando exposto o seu processo de maturação, o meio onde esta se insere, bem como a sua cultura (Campos, 2013). Ao desenhar uma figura humana, cada criança expressa o seu próprio esquema corporal e esta visão interior do próprio corpo, é elaborada gradualmente, tendo em consideração a idade de desenvolvimento da criança (partindo-se do pressuposto que o grau de perfeição do desenho depende do grau de maturação da criança). Contudo, a capacidade de desenhar uma figura humana não depende somente do nível de inteligência, como também de fatores afetivos e do equilíbrio da personalidade, tendo em conta que a inibição, por exemplo, poderá afetar a execução do desenho (Campos, 2013).

Trata-se de uma técnica projetiva, amplamente utilizada na avaliação psicológica, particularmente na análise da dinâmica familiar e das relações intrafamiliares. A possibilidade dada à criança de elaborar dois desenhos correspondentes a uma família imaginária e à sua família real, oferece à criança, a oportunidade de expressar as suas percepções, os seus sentimentos e as experiências em relação à família (Campos, 2013).

A interpretação dos desenhos permite dar a conhecer algumas características, como a composição familiar (observa-se quem está incluído no desenho, quantas pessoas estão representadas, se existem membros ausentes ou adicionais, e como é que os membros estão distribuídos espacialmente no desenho); as relações interpessoais (a proximidade física e emocional entre os membros, a forma como estão posicionados no desenho, se há interação entre as personagens (mãos dadas ou abraços) e se há sinais de conflito ou distância emocional); a expressão emocional (observam-se as expressões faciais e corporais dos elementos desenhados, procurando por sinais de felicidade, tristeza, raiva, ansiedade, entre outras); os detalhes (as expressões faciais, os objetos adicionais, as cores escolhidas, o uso de símbolos/metáforas, o uso de caixas de balão com diálogos); o contexto e história pessoal (deverá ser tida em consideração a idade, o sexo, a cultura, as experiências de vida e eventos significativos que possam influenciar a forma como a criança representa a família real e imaginária). Deverá ainda ser realizada uma entrevista de contextualização para que a criança possa abordar o seu desempenho, através das questões e diretrizes definidas pelo próprio instrumento (Campos, 2013).

Para Aires (2003), é fundamental que o psicólogo tenha sempre em atenção, na exploração do desenho, as valências atribuídas a cada elemento, podendo destacar-se uma análise a três níveis: (1) gráfico: através da amplitude do traço; forma do traço; ritmo de execução; zona da página; (2) estruturas formais: através das percepções sensoriais (meio envolvente, calor das relações, dinamismo, espontaneidade) e racionais (rigidez, reprodução estereotipada e rítmica das figuras, detalhes) manifestadas; (3) conteúdo: através dos aspetos positivos e negativos entre as relações familiares; as figuras mais/menos valorizadas; as figuras contingentes; as figuras mais simpáticas; as figuras mais autoritárias; as paisagens; entre outros.

Sucintamente, o desenho da família representa a forma como a criança interpreta o seu contexto familiar, permitindo ao psicólogo analisar e conhecer os sentimentos da criança face às relações existentes entre os elementos dos seus desenhos e como esta, se posiciona dentro da dinâmica familiar (Aires, 2003).

2.6.8. Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Raven, 1947)

As Matrizes Progressivas Coloridas de Raven são uma versão do teste de inteligência não verbal desenvolvido por Raven (1947). As Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR) representam um teste amplamente reconhecido, internacionalmente, no campo da psicometria, sendo um dos instrumentos mais utilizados na avaliação da inteligência. De acordo com Simões (2000), as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR) assumem uma aplicação abrangente, aplicadas em casos muitos diversos, como deficiências físicas/neurológicas (e.g., afasias, paralisia parcial e cerebral), deficiências sensoriais (e.g., surdez), funcionamento intelectual pobre e/ou deteriorado, atrasos ou perturbações da linguagem, crianças com inibição e paralisa da sua motricidade e expressão verbal, pessoas com surdo-mutismo, adultos ou adultos mais velhos em situações de comunicação debilitada, e, até mesmo, em casos de indivíduos com um nível profissional e cultural baixo.

Este teste destina-se à avaliação da capacidade de raciocínio abstrato e inteligência não verbal em indivíduos de todas as idades, i.e., desde crianças a adultos. Encontra-se disponível em três versões diferentes: a forma Geral (Standard Progressive Matrices - SPM) constituída por 60 itens (12 em cada série – A, B, C, D e E), a forma Colorida (Coloured Progressive Matrices – CPM) com 36 itens (12 em cada série – A, Ab e B) e a forma Avançada (Advanced Progressive Matrices – APM) composta por 48 itens (12 numa série – Set I e 36 noutra – Set II). A forma Geral das Matrizes Progressivas é composta por cinco séries: série A, série B, série C, série D, série E. Cada item do teste consiste numa matriz composta por figuras geométricas abstratas, sendo a maioria delas apresentadas em cores, enquanto algumas são apresentadas em

preto e branco (Simões, 2000). No topo de cada matriz, é deixada uma lacuna em aberto, a qual deve ser preenchida por uma única figura, dentre as 6 a 8 opções disponíveis e que constam por baixo da matriz. Todos os itens projetados de modo que a sua solução, ocorra do ponto de vista perceptivo, espacial ou lógico de uma configuração (Pascuali et al., 2002). Porém, a dificuldade vai aumentando ao longo da resolução do teste - de item para item, como também, de série para série.

Parte III – Casos Clínicos

Apresentação dos casos clínicos

No âmbito do período de estágio efetuado na ELI, foi possível o acompanhamento de 27 casos clínicos, cuja Psicóloga Orientadora, estaria designada como MC. Ressalvo, uma vez que a Psicóloga Orientadora da ELI, desempenhava funções ao nível da Coordenação da Equipa, possibilitou a minha observação de outros casos, encargos aos diferentes técnicos da equipa. Permitiu-se assim, um maior conhecimento ao nível dos processos referenciados; do trabalho desempenhado pelos diversos colegas e uma maior consciencialização das diferentes problemáticas de saúde. Casos em lista de espera, foram igualmente contactados e colocados em situação de vigilância.

No âmbito do estágio efetuado no CRI, foi possível o acompanhamento de três alunos, matriculados no primeiro ciclo, abrangidos pelas medidas de suporte à aprendizagem e inclusão e por isso, com recurso aos apoios prestados pelo CRI, nomeadamente, psicologia. Dos casos acompanhados, foi selecionado um caso com diagnóstico PEA, para a apresentação das intervenções no âmbito da IPI. E em seguida, a avaliação psicológica, efetuada a uma aluna matriculada no segundo ano de escolaridade, do primeiro ciclo no âmbito do CRI. As escolhas dos referidos casos selecionados têm em consideração a relevância do papel da psicologia clínica em contexto de intervenção precoce e em contexto escolar; a pertinência do quadro clínico das respetivas perturbações, nomeadamente a PEA, com um aumento significativo de diagnósticos em Portugal; por fim, o impacto que as questões culturais, sociais e burocráticas afetam o desenvolvimento das crianças.

A metodologia de intervenção, em ambas as valências, resulta de um modelo centrado na criança e na família que pretende ir ao encontro das reais necessidades e Perfil de Funcionalidade das crianças, contribuindo para que as mesmas possam adquirir competências e autonomias estruturantes e securizantes para o seu desenvolvimento. As intervenções contam sempre com a parceria das famílias, técnicos, professores, educadores e restante comunidade educativa e até comunidade alargada, se necessário; com foco em promover o bem-estar e equilíbrio biopsicossocial. Não obstante, cada valência apresentar as suas diretrizes de acompanhamento e intervenção, foi pela Estagiária tido em consideração ao longo das sessões, o modelo de referência do contexto académico, nomeadamente, o Modelo Centrado na Pessoa (MCP) de Carl Rogers, tendo estado presentes as seis condições necessárias e suficientes para a mudança (Rogers, 1983): (1) 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)

compreensão empática dos quadros de referência do cliente e (6) atitude do terapeuta na comunicação.

3.1. Caso “AI” – Acompanhamento Psicológico

Apresentação da paciente

AI, era do sexo feminino, com 4 anos de idade, de nacionalidade portuguesa e vivia no Distrito de Setúbal. À data do acompanhamento da Equipa Local de Intervenção (ELI), a AI não frequentava, nem tinha frequentado qualquer estabelecimento de ensino, estando em contexto domiciliário aos cuidados da progenitora e avó materna desde o nascimento.

A progenitora, com 34 anos de idade, encontrava-se desempregada e a aguardar a atribuição de nacionalidade portuguesa. O progenitor, também com 34 anos de idade e residente em Portugal, tinha dupla nacionalidade (Portuguesa e Cabo-verdiana), tendo voltado ao seu país de origem no decorrer do acompanhamento.

Motivo de acompanhamento pela ELI

A AI foi referenciada, a novembro de 2021, no âmbito da consulta de Medicina Geral e Familiar, pela Dr.^a ARC do USCP (médica de família) da sua área de residência, referindo motivos de preocupação relacionados com a linguagem, nomeadamente atraso na linguagem e comunicação; fraca estimulação, entre outras observações, tais como: não combinar cores, não copiar o círculo, não imitar a cruz, não dizer o nome nem o sexo; acrescentando que AI não ia à casa de banho sozinha e que a menina vivia com a irmã gémea, mãe e avó e quase não contactam com mais ninguém, o que levou igualmente, à referenciação da AI para Consulta de Desenvolvimento no Centro Hospitalar.

Os Critérios de Elegibilidade, verificados em abril de 2022, consideraram este um caso Prioritário (numa escala de Pouco Prioritário, Prioritário e Muito Prioritário), uma vez que a AI apresentava:

- ✓ Atraso Global de Desenvolvimento, nomeadamente, linguagem/comunicação;
- ✓ Risco Ambiental (i.e., Grupo 2, onde integram crianças expostas a fatores de risco ambiental com a existência de fatores contextuais que atuam como obstáculo à atividade e à participação da criança, limitando as suas oportunidades de

desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar, no caso em concreto, questões sociais e familiares).

O caso deu entrada no SNIPI, em 24 de maio de 2022, tendo a Equipa como foco prioritário, auxiliar nas questões sociais junto do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e Segurança Social (SS). Posteriormente, em março de 2023, no âmbito da consulta de Pediatria do Desenvolvimento, pela Dr.^a AGS (médica pediatra), num dos hospitais do Distrito de Setúbal, AI foi diagnosticada com PEA “moderada, sem oralidade” e entrada no SNIPI em 24 de maio de 2022, tendo a Equipa como foco prioritário, auxiliar nas questões sociais junto do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e Segurança Social (SS). Posteriormente, em março de 2023, no âmbito da consulta de Pediatria do Desenvolvimento, pela Dr.^a AGS (médica pediatra), num dos hospitais do Distrito de Setúbal, AI foi diagnosticada com PEA “moderada, sem oralidade”.

Da consulta que efetuei ao processo da AI, foi possível averiguar um encontro efetuado pela Psicóloga Orientadora no mês de maio de 2022 e alguns contactos efetuados até outubro de 2022 (fase inicial do estágio). Da referida consulta, obteve-se conhecimento que a maior preocupação/necessidade levantada pela família até então, seria a atribuição da nacionalidade portuguesa da AI, uma vez que ambos os progenitores, cabo-verdianos, tinham os seus títulos de residência caducados (aquando do nascimento da AI).

Só mais tarde (março de 2023), veio a confirmar-se um lapso de sistema entre SEF e IRN, na atribuição da nacionalidade, uma vez que havia sido atribuída nacionalidade portuguesa ao progenitor, quinze dias anteriores à data de nascimento da AI, motivo pelo qual, esta criança deveria ter tido a nacionalidade portuguesa atribuída, desde que nasceu no território português. No entanto, face ao erro, a AI esteve desde 25 de agosto de 2018 até fevereiro de 2023, sem documentação. Apesar do acesso à saúde nunca lhe ter sido negado, a mesma privou de benefícios e apoios sociais aos quais tinha direito.

3.1.1. História Clínica e Familiar

Em março de 2023, realizou-se uma recolha de informação acerca da vida de AI para se proceder à elaboração da história clínica e familiar da paciente. Para tal recorreu-se a uma entrevista clínica no seu domicílio na companhia da sua mãe.

A AI nasceu em 25 de agosto de 2018 na cidade de Lisboa, juntamente com a sua irmã gémea. À data da entrevista clínica, a AI tinha 4 anos de idade e nunca tinha frequentado

nenhum estabelecimento de ensino (creche ou jardim de infância), estando até à data, aos cuidados da sua mãe, pai e avó materna em casa, junto da sua irmã.

A gravidez da mãe de AI foi vigiada e de alto risco por se tratar de uma gestação gemelar monoamniótica (mesma bolsa). A AI nasceu prematuramente às 32 semanas por parto distócico (cesariana), com índice de Apgar 6/9, e com necessidade de reanimação. Ficou internada nos primeiros dois meses de vida para ganhar peso dado que estava abaixo do peso considerado “normal”. Iniciou a alimentação através de sonda nasogástrica, sendo posteriormente introduzido o biberon e segundo a mãe, ia visitá-las todos os dias.

A introdução dos primeiros alimentos pastosos e sólidos decorreu sem intercorrências. No momento da entrevista, a mãe manifestou que a AI apresenta alguma resistência em provar novos alimentos e por vezes, rejeita a sopa (comparando-a com a sua irmã gémea).

A AI mantinha um sono agitado, no entanto, raramente se despertava, tendo a mãe afirmado que a AI não acorda, mas mexe-se muito durante a noite. Foi referido que ressonava muito, situação que se mantém controlada com um spray nasal. Usa chupeta para dormir, dorme na cama sozinha e partilha o quarto com a sua irmã gémea.

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor, AI começou a andar aos 16 meses. O desenvolvimento da linguagem foi mais tardio (comparativamente à sua irmã gémea), tendo dito as suas primeiras palavras reconhecíveis com dois anos. No momento da consulta, a AI “faz muitos sons”, diz ocasionalmente algumas palavras e esporadicamente, junta duas palavras para fazer frases.

Na altura da entrevista, AI ainda não tinha adquirido o controle dos esfíncteres, mas segundo a mãe, já demonstrava sinais de incómodo quando tinha a fralda suja.

Quanto à sua autonomia e psicomotricidade (movimentos do corpo, noção do espaço, coordenação motora, equilíbrio e ritmo), foi relatado que a AI come com os talheres, bebe pelo copo, mas ainda entorna, descalça os sapatos sozinha e despe peças de roupa simples, como por exemplo, o casaco ou calças sem botões. Porém, foi referido pela mãe que a AI precisa de ajuda para se calçar, vestir determinadas peças e realizar tarefas relacionadas com a higiene (como lavar as mãos ou ir à sanita).

O agregado familiar da AI era constituído pela mãe, irmã gémea e avó materna havendo contactos regulares com o pai. A relação da AI com os progenitores, irmã gémea e avó materna era próxima. AI dispunha, ainda, da ligação com outros familiares, nomeadamente, uma madrinha (residente no Distrito de Setúbal), uma prima paterna (residente no Distrito de Setúbal), uma prima materna e um primo materno (residentes na área de Lisboa). Passado pouco

tempo de sair do hospital, mudaram de área de residência com a família e ocorreu a separação dos pais passiva (por mútuo acordo, sem qualquer conflito ou litígio entre o casal). A mãe referiu que mantém uma ótima relação com o pai e que este está sempre disponível para ajudar. Uma vez que mudaram de área de residência começaram a ser seguidas por outro Centro de Saúde e Centro Hospitalar associado à nova residência.

Ainda, para obter o máximo de informação sobre AI e a sua família, foi levado a cabo um mapa ecológico da família da AI (anexo j), onde foi possível verificarem-se as relações familiares próximas e alargadas, bem como, os serviços e suportes formais.

3.1.2. Sessões de Acompanhamento Psicológico

No total, foram efetuadas nove sessões de acompanhamento psicológico de AI, por norma com uma duração entre 60 e 90 minutos entre março e junho de 2023. Comparativamente a outros casos acompanhados, estas sessões foram de maior duração, uma vez que ambas as irmãs estariam referenciadas. Durante as sessões de acompanhamentos usaram-se várias ferramentas de obtenção de informação, como o Ecomapa, Entrevista baseada na rotina (McWilliam, 2000), entre outros materiais.

O “*setting*” foi em contexto natural da criança – domicílio e durante as suas rotinas e atividades diárias com a irmã gêmea, com exceção da avaliação formal e da sessão em que se introduziu o sistema comunicativo aumentativo (recurso aos cartões comunicativos que visam o desenvolvimento de competências de comunicação, substituindo a linguagem oral quando esta se encontra ausente ou quando é incompreensível).

Com base no modelo centrado na criança e na família, apresenta-se seguidamente uma síntese dos encontros e sessões de acompanhamento psicológico realizadas.

Primeira sessão – Anamnese, Ecomapa, Observação

Em março de 2023, iniciei a minha deslocação ao contexto domiciliário da AI, com a supervisão da Psicóloga Orientadora. A mãe de AI tinha conhecimento prévio da visita, da duração da visita, da presença da estagiária, assim como, do acompanhamento e intervenção por parte da mesma para os quais deu consentimento.

Assim que tocamos à campainha, AI, juntamente com a sua irmã, deslocou-se até à porta. A AI apresentou-se com uma higiene cuidada e vestida em conformidade. Ao contrário da sua irmã gêmea que recebeu a Estagiária com um abraço, AI apenas se aproximou, fazendo

um contacto visual fugaz. Depois dirige-se para a sala de estar em bicos de pés e abanico das mãos - “*flapping*” (estereotipia). Procedi à minha apresentação colocando-me à altura de AI, porém a criança, manteve-se indiferente ao diálogo e não efetuou qualquer contacto visual ou verbalização na minha direção.

De imediato, a mãe manifestou-se disponível para dar a conhecer a casa e as diversas divisões da mesma. Foi conhecido o espaço dando-se uma maior atenção à sala onde a mãe tinha criado uma “área de brincadeira” para as irmãs gémeas. Tal área era constituída por uma mesa pequena, acessível às crianças; duas cadeirinhas pequenas; uma casinha de bonecas; entre outros brinquedos diversos. A televisão encontrava-se ligada, estando a ser emitidos vídeos infantis na plataforma “*Youtube*”.

Após a apresentação do espaço, foi explicado à mãe a necessidade de conhecer um pouco mais acerca da história de vida de AI, motivo pelo qual, seriam colocadas algumas questões sobre a gravidez, nascimento e primeiros anos de vida da criança. Ao ouvir isto a mãe de AI manifestou imediata disponibilidade para tal, afirmando que para facilitar a partilha da informação, disponibilizaria os “livrinhos rosa” querendo referir-se aos boletins de saúde e gravidez das irmãs gémeas. Nesta fase, contei com o auxílio da Psicóloga Orientadora que ficou com ambas as crianças na sala, em observação, enquanto se realizou a anamnese e solicitei a assinatura do documento, alusivo ao consentimento informado, numa mesa à parte, na cozinha. Recolhidas as informações relevantes, questionou-se a mãe, se a mesma pretendia abordar mais algum assunto que considerasse pertinente. A mãe da AI agradeceu o auxílio da ELI, na articulação com as entidades públicas e revelou ter uma nova marcação na Segurança Social (para tratar da compensação dos abonos infantis e bonificações sociais em falta), afirmando: “*Finalmente tanto tempo, mas já está a ficar resolvido, se calhar tive culpa, podia ter reclamado mais, não sei*”. Percecionou-se um momento de autoquestionamento (com carácter negativo) e por isso, foi devolvida a seguinte resposta por minha parte: “*De fato foi um processo moroso, mas as questões estão a ser resolvidas e com os recursos que tinha, a mãe foi tratando daquilo que estava ao seu alcance, agora podemos concluir que se tratou de um erro burocrático entre as entidades*”.

Posteriormente, procedeu-se à elaboração do Ecomapa (anexo j), tendo sido verificado que a AI vive com a mãe, irmã gémea e avó materna. A Avó Materna trabalha e dá suporte financeiro; o Pai mantém contactos regulares com a AI e contribui com suporte financeiro e bens alimentares. Tanto AI, como a sua respetiva família, contam com o apoio da madrinha da AI e de três primos, cujos quais, a mãe alegou não gostar de incomodar com as suas questões pessoais, no entanto, se necessitar, os familiares estão disponíveis para auxiliar.

Da observação participante efetuada nesta sessão foram registadas as seguintes informações:

- Foi possível averiguar dificuldades socioeconómicas na família de AI. Residiam numa zona habitacional de carácter social. A casa apresentava-se higienizada e com os bens alimentares minimamente necessários ao bom e integral desenvolvimento da família (fruteira na mesa da cozinha com várias peças de fruta; um pote de bolachas “Maria” no balcão da cozinha; o frigorífico com iogurtes, leite, legumes, sopa confeccionada; etc.);
- A mãe tem um espaço na sala adequado às crianças com um tapete, uma mesinha e duas cadeiras infantis, porém grande parte dos brinquedos existentes, não se encontravam adequados ao quadro clínico e faixa etária da AI;
- A AI juntamente com a irmã gémea, pintaram paredes da sala e segundo a mãe, a mesma não se importa, alegando ser um “momento de arte” entre as irmãs e que mais tarde, limparia.
- A AI “provoca” constantemente a irmã gémea, retirando-lhe os brinquedos que esta tenha nas mãos. Se a irmã chorar, a AI consola-a, mas se tal não acontecesse não lhe devolvia os objetos;
- Foram observados alguns gostos e interesse da AI nomeadamente dançar; estar à janela; atirar brinquedos pela janela; rodopiar (sendo que se autorregula desta forma); retirar/colocar os brinquedos da caixa continuamente.
- Procedeu-se à realização de um momento de interação entre a Estagiária e a AI. Aproveitando o tapete no chão da sala, estiveram ambas sentadas e inclusive, a AI partilhou os seus brinquedos.

Devolveu-se à mãe, a condução das próximas sessões de acompanhamento por parte da equipa.

Segunda sessão – Entrevista Baseada em Rotinas (EBR)

Em março de 2023, desloquei-me ao domicílio de AI, com a supervisão da psicóloga orientadora. A mãe de AI tinha conhecimento prévio da visita, da duração da mesma e do intuito da mesma, ou seja, averiguar as rotinas de AI.

Desta vez, a AI reagiu à nossa presença de forma mais próxima, com contacto físico, buscando receber um abraço e colo. Apresentou-se, uma vez mais, com higiene cuidada e vestida em conformidade.

Nesta fase, contei com o auxílio da Psicóloga Orientadora que ficou com ambas as crianças na sala, em observação das mesmas, enquanto na cozinha, à parte, apliquei a Entrevista Baseada em Rotinas (EBR, McWilliam, 2000) (anexo k), junto da mãe. Trata-se de uma entrevista semiestruturada sobre a vida cotidiana da família, com foco no envolvimento, independência e relações sociais da criança. Assim, analisa diferentes aspetos da vida da família utilizando uma escala Likert de 5 pontos (1 – “*Não está nada satisfeito*” to 5 – “*Muito Satisfeito*”): “Acordar”; “Higiene/Vestir”; “Alimentação/Refeições”; “Sair/Viajar”; “Tempos Livres”; “Banho”; “Sesta/Hora de dormir”; “Supermercado”, na “Rua”. Ao analisar os resultados desta entrevista pode-se verificar:

- No que tange ao Acordar: A mãe afirmou que a AI acorda sozinha, bem-disposta, a cantarolar e que se levanta da cama, juntamente com a sua irmã gémea e vão até ao quarto da mãe. Nível de satisfação - 5
- Relativamente à Higiene/Vestir: Assim que a AI acorda, a mãe muda-lhe a fralda. No entanto, se a AI estiver a brincar na cama da mãe e esta lhe quiser mudar a fralda, a AI não colabora, ficando irritada com a interrupção da brincadeira. No momento da higiene dentária, a AI chega a prender a escova com o seu maxilar. No que toca à higiene pessoal, a AI por vezes, lava a cara sozinha e coloca o creme, todavia, resulta da imitação dos comportamentos da irmã gémea. Ou seja, se a irmã gémea da AI, lavar a cara e colocar o creme sozinha, a AI repete. Por fim, foi possível apurar que a AI veste-se no quarto, e colabora com a mãe, esticando os braços e as pernas, sendo que peças simples, veste-as sozinha. Nível de satisfação – 3. Quando questionada sobre o que falta na rotina para se atingir o nível 5, a mãe respondeu “*Sem dúvida, o desfralde*”.
- Sobre as rotinas Alimentares/Refeições: Por norma, a mãe revelou que a AI come sozinha, no entanto, se esta se encontrar num dia mais “agitado”, coloca-a para comer na mesinha da sala de estar, pois na cozinha levanta-se constantemente para abrir e mexer nas gavetas. No que toca às refeições, quando a AI está saciada coloca o prato no canto da mesa; quando tem fome desloca-se sozinha até à cozinha e pega numa maça; se a comida estiver demasiado quente, a AI dá sinal e cospe; e se porventura estiver com dificuldades em usar o garfo, pega o alimento com as mãos. Nível de satisfação – 4.

Quando questionada sobre o que falta na rotina para se atingir o nível 5, a mãe respondeu *“Eu gostava que ela comesse sozinha a sopa”*.

- Relativamente às rotinas de Saídas/Viagens: A mãe relatou que a AI fica satisfeita na hora das saídas ao exterior. Costumam sair pela manhã ou pela tarde, a pé e vão até ao campo, ao parque infantil e à ciclovia (perto da residência). Afirmou que à data, como as irmãs gémeas já estavam mais crescidas, conseguia segurar uma criança em cada lado e que as mesmas desciam e subiam as escadas sozinhas (anteriormente, deslocavam-se no carrinho de bebé). No entanto, a mãe demonstrou alguma preocupação quanto à segurança, uma vez que mantém estado alerta e atento no exterior, porque a AI tanto está quieta como decide fugir, repentinamente. Por fim, acrescentou, antigamente, a AI chorava muito no regresso para casa, mas à data, bastava a mãe alertar que iriam para casa, beber água e lavar as mãos e a AI regressava, tranquilamente. Nível de satisfação – 3,5. A mãe revelou: *“Para ser um 5... Eu não confio muito nela, ela não tem noção do perigo, às vezes quer fugir tenho que estar sempre a agarrar”*.
- Tempos Livres/Ver Televisão: Foi possível apurar que a AI gosta de brincar na casinha de bonecas; pintar e riscar nas folhas; brincar à bola; dançar e ver televisão. A mãe afirmou que a AI consegue ficar pelo menos, 5 minutos na mesma brincadeira, como por exemplo, colocar e retirar os brinquedos da caixa; rodopiar os brinquedos; atirar os brinquedos da janela para a varanda; e se estiver a comer uma peça de fruta, dá aos bonecos também. Por vezes, há conflito entre as irmãs gémeas, provocam-se, tiram o brinquedo uma da outra, porém, na maioria das vezes, basta uma chorar para resolverem o conflito entre ambas, mas às vezes, a mãe tem que intervir. Nível de satisfação – 5.
- No que respeita ao Banho: A mãe manifestou ser uma rotina tranquila. Contrariamente há uns tempos, a AI mostrava resistência, chegando mesmo a gritar porque não queria tomar banho. À data, a mãe alerta para a hora do banho, começa a tirar a roupa à AI e diz que está na “hora da banheira”. A criança não gosta que a mãe a esfregue com a esponja, não gosta da água muito quente e não gosta de lavar o cabelo. A mãe consegue mantê-la tranquila, falando com a AI calmamente e colocando brinquedos na banheira para que esta se distraia e a mãe consiga tratar da higiene. Nível de satisfação – 5.
- Nas rotinas associadas à Sesta/Hora de Dormir: Segundo a mãe, esta era uma hora crucial para si, na medida em que, a mesma aproveitava a sesta das irmãs durante a tarde, para conseguir tratar de algumas tarefas domésticas. A rotina da sesta por vezes era desafiante, uma vez que a AI resistia, maioritariamente. No entanto, a mãe deitava

a AI na cama/sofá e num ambiente, calmo e tranquilo, depois de estar algum tempo sossegada, a AI acabava por adormecer. Nível de satisfação – 5.

- Nas rotinas associadas às idas ao Supermercado: Segundo a mãe, há uns tempos, era difícil ir ao supermercado na companhia da AI, uma vez que a criança começava a gritar e mostrava muita resistência para entrar nas superfícies comerciais. Até então, a mãe tem recorrido a algumas estratégias como, levar o carrinho de bebé e sentar as irmãs, o que tem resultado. Nível de satisfação – 4. Para atingir um nível de satisfação máximo a mãe mostrou desejo para que num futuro próximo, consiga ir ao supermercado sem levar o carrinho.
- Na Rua: À semelhança do que já foi transmitido, a mãe revelou que as saídas ao exterior, efetuadas a pé, são mais stressantes porque a qualquer momento, a AI fugia. Posto isto, sempre que a mãe precisava de tratar de algum assunto ou de realizar uma maior deslocação, levava consigo o carrinho de bebé para que pudesse sentar a AI, juntamente com a sua irmã gémea, com os cintos de segurança. Por fim, quanto a este tópico, a mãe afirmou que a AI gostava muito de ir ao parque infantil e explorar; reagia bem à presença de outras crianças e que chegava a aproximar-se destas numa tentativa de socialização, que muitas vezes, se concretizava. Contudo, a partilha e a devolução de brinquedos com as outras crianças, sempre foi mais complicada. Nível de satisfação – 4. Sendo que, foi manifestado pela mãe *“Para ser um 5, eu não me sinto segura nem confio em qualquer pessoa para ir com elas à rua sem eu estar presente porque elas de repente podem fazer qualquer coisa”*.

Devolveu-se à mãe, a condução e a programação das próximas sessões.

Terceira sessão – Avaliação formal efetuada à irmã de AI

A terceira sessão de acompanhamento teve lugar também em março de 2023. Para dar início a esta sessão, que tinha como objetivo a avaliação formal à irmã gémea da AI (igualmente referenciada ao SNIPI), através da aplicação do PEP-3 (Schopler, 2004).

Desloquei-me ao contexto domiciliário da AI, com a supervisão da Psicóloga Orientadora. Ao ver-nos chegar a AI aproximou-se e iniciou contacto físico numa tentativa de “solicitar colo”, rodopiando, saltando em bicos de pés, esticando os braços. Apresentou-se, uma vez mais, com higiene cuidada e vestida em conformidade.

Nesta sessão, tive a possibilidade de fazer observação (não participante) posicionando-me no canto da sala para não interferir diretamente. Foi importante ter a possibilidade de observar a aplicação do instrumento de avaliação à irmã gêmea da AI, uma vez que na sessão seguinte, seria eu (enquanto Estagiária), a proceder à avaliação formal da AI. Nesta sessão, a mãe prontificou-se para ficar numa outra divisão da casa com a AI.

Devolveu-se à mãe, a condução e programação das próximas sessões.

Quarta sessão - Avaliação formal (continuação)

Na quarta sessão de acompanhamento (março de 2023), AI reagiu à minha presença e à da Orientadora de estágio manifestando os mesmos comportamentos estereotipados observados em sessões anteriores, como: abanar as mãos, saltar, correr pela cozinha num indo e vindo, constantemente. De seguida, dirigiu-se para a sala.

Nesta sessão, pretendeu-se a aplicação do instrumento PEP-3 (Schopler, 2004), de forma a conhecer melhor AI.

O PEP-3 é composto por duas partes: (1) um questionário dirigido aos principais cuidadores que recolhe informação sobre o Comportamento e a Autonomia; e (2) um conjunto de atividades psicoeducativas propostas à criança, que avaliam a área da Comunicação, Motora (Motricidade Fina, Motricidade Grosseira e Imitação Visuomotora) e Comportamentos Adaptativos. Segundo a avaliação da mãe, considerou-se a existência de *preocupações moderadas* no que diz respeito aos Problemas de Comportamento, Comportamentos Adaptativos e Cuidados Pessoais. Quanto aos Problemas Comportamentais, referiu *preocupações leves/moderadas* relativamente à comunicação e linguagem (atraso na fala, incapacidade para iniciar ou manter uma conversação e uso de linguagem repetitiva ou peculiar). Também mencionou a existência de preocupações ao nível do comportamento (envolver-se em atividades repetitivas e dispersos no foco ou intensidade) e interação (não expressar os seus sentimentos nem responder às emoções expressas pelos outros). Relativamente aos Comportamentos Adaptativos, foram identificadas preocupações *leves/moderadas* relativamente às reações da AI aos afetos dos outros (ocasionalmente responde de forma positiva a um abraço) e ao seu comportamento de hesitação perante uma atividade ou situação nova. Também foi referido que ocasionalmente se aliena daquilo que se passa ao seu redor. Segundo a mãe, existem preocupações com a aprendizagem de novas competências (demonstra que aprendeu novas competências ocasionalmente), desenvolvimento do jogo simbólico (é capaz de fazer jogo faz-de-conta, embora pouco frequente) e em dirigir a

atenção dos outros para partilhar as suas conquistas (orgulho limitado nas suas ações). A AI tem ainda pouco desenvolvimento ao nível da noção do perigo, e mostra pouca consciência do espaço envolvente requerendo a supervisão constante do adulto dentro de espaços e no exterior (ex. ser contida fisicamente próximo das estradas, evitar aproximar-se das janelas, precisa de ajuda a subir e descer escadas para não cair). No que diz respeito à Autonomia, na alimentação a AI ainda entorna quando bebe pelo copo e come sozinha utilizando um dos talheres (garfo ou colher). Colabora a vestir e despir. Quanto à higiene tenta lavar as mãos, cara e dentes, mas precisa da ajuda do adulto. Ainda não tem adquirido o controlo dos esfíncteres, mas por vezes dá sinal quando a fralda está suja.

O desempenho da AI nas subescalas de desenvolvimento demonstrou as suas competências Comunicativas, Motoras e Adaptativas, no nível de desenvolvimento *Severo*. Dentro do seu perfil de desenvolvimento, na área da Comunicação, verificaram-se *alterações moderadas* na Linguagem Recetiva. Os domínios menos investidos na comunicação centraram-se na Linguagem Expressiva e Cognição Pré-verbal, com *alterações severas*.

Quanto às competências motoras, foram observadas *alterações severas* nos três domínios avaliados: (1) Motricidade Fina, (2) Motricidade Grosseira e (3) Imitação Visuomotora. Relativamente aos Comportamentos Adaptativos, evidenciaram-se *alterações moderadas* na Expressão Afetiva e Reciprocidade Social e *alterações severas* nas Características dos Comportamentos Motores e Características dos Comportamentos Verbais.

Relativamente à Expressão Afetiva, a AI não se mostrou inicialmente confortável com o toque, tolerando-o melhor à medida que a avaliação decorria. Expressou sentimentos através da postura corporal (atirando coisas para expressar desagrado ou recusa) e teve tendência a manter a expressão facial plana (pouca modulação da expressão consoante a situação). A sua expressão emocional nem sempre foi adequada ao contexto (fraca noção do perigo, zanga e protesto quando se tentava transitar de atividade ou tarefa). AI manteve-se focada nas atividades apreciadas (ex.: tirar e colocar objetos dentro de caixas), contudo, a sua atenção para as tarefas estruturadas propostas foi muito fugaz. Não recorreu espontaneamente à autocorreção por tentativa-erro, nem partilhou interesses ou conquistas com a examinadora.

No que diz respeito à Reciprocidade Social, AI reagiu bem à presença do adulto e iniciou, ocasionalmente, interações através do toque, olhar e vocalizações. O contacto visual foi irregular, bem como, não foi consistente na resposta ao nome (não interrompendo a atividade quando eu a chamava). O seu nível de cooperação das tarefas foi muito reduzido, tendo sido difícil que colaborasse nas tarefas estruturadas. O seu desempenho não foi afetado por recompensas sociais ou materiais. AI fez pedidos de ajuda, conduzindo a minha mão até ao seu

objetivo. Repetiu jogos sociais de imitação (dar a comida ao boneco), mas nem sempre usou funcionalmente os objetos apresentados. AI não deu continuidade aos jogos de reciprocidade simples (atirar e receber uma bola) nem de esperar pela sua vez no jogo. Também não fez uso espontâneo da imaginação do brincar.

Quanto às Características dos Comportamentos Motores, no espaço e face às tarefas propostas, a AI explorou ativamente o meio, mostrando curiosidade pelos materiais apresentados. Examinou adequadamente diferentes texturas e teve tendência a explorar os objetos de modo repetitivo (meter e tirar objetos das caixas) e focar-se nas características sensoriais dos materiais (rodopiar objetos para os ver girar).

Teve dificuldade na transição entre atividades e na interrupção da sua exploração, manifestando-se com gritos ou choro. Caminhou frequentemente em bicos dos pés e exibiu comportamentos estereotipados das mãos (bater com as mãos nas pernas ou uma na outra).

Acerca das Características dos Comportamentos Verbais, a AI não usou espontaneamente a linguagem verbal para comunicar com a Estagiária ao longo da avaliação. Não fez nomeação de objetos ou imagens, nem respondeu a perguntas diretas como “*Qual o teu nome?*” ou “*Quantos anos tens*”. Fez uso ocasional de gestos sociais para comunicar (dizer adeus). Disse ocasionalmente algumas palavras (“*Não*”), mas não as usou de forma comunicativa.

A AI não cumpriu ordens simples (como “*Dá*”, “*Onde está a tua boca?*”, “*Mostra-me a colher*”). Observaram-se alguns comportamentos verbais atípicos como uso de jargão ou repetição e sílabas/sons.

No fim da avaliação, apelou-se a mãe do interesse manifestado pela AI em algumas atividades, tais como as bolas de sabão, os tabuleiros de encaixe, os cubos para empilhar e a plasticina.

Devolveu-se à mãe, a condução das próximas sessões.

Quinta sessão – Estratégias para o desfralde

A quinta sessão de acompanhamento teve lugar em abril de 2023. Desta vez, AI apresentou um comportamento de maior agitação, uma vez que observou a mãe a mexer nos sapatos e partiu do pressuposto que iriam sair para a rua (antes da chegada da ELI). Não estava planeada qualquer saída ao exterior naquela manhã, uma vez que a mãe contava com a nossa sessão. No entanto, AI ao ver a mãe mexer nos sapatos reagiu chorando, rodopiando, abanando as mãos, saltando em bicos de pés, atirando-se para o chão, gritando e não efetuando qualquer

contacto visual. Tendo em conta tal agitação, a mãe de AI comentou que tinha comprado bolas de sabão e que isso poderia ajudar a acalmar AI. Tal sucedeu.

Contrariamente às sessões anteriores, esta sessão teve a duração de 60 minutos. Esta sessão tinha como objetivo abordar o tema do desfralde de AI. Assim, foram partilhadas e demonstradas algumas dessas estratégias (previamente articuladas e definidas em reunião com a Equipa Multidisciplinar): (1) tirar a fralda sempre que a AI estiver acordada; (2) na hora da sesta/noite, colocar a fralda quando a AI estiver a dormir; (3) colocar o suporte visual perto da sanita (foi fornecido um cartão com a imagem de uma “menina na sanita” e ir apontando e verbalizando “*xixi- sanita*”); (4) deixar o reforço preparado (brinquedo ou comestível à escolha da família) sempre que a AI faça as necessidades na sanita; (5) levar a AI à sanita a cada vinte minutos, sendo sugerida a colocação de alarme no telemóvel; (6) aquando algum acidente, ignorar e redirecionar para a sanita, apontando e verbalizando “*xixi-sanita*”. Procurando sempre, estimular a aprendizagem com recurso ao contacto visual.

Foi solicitado à mãe que iniciasse o desfralde assim que sentisse as suas filhas prontas. Em caso de alguma dúvida foi referido que a equipa estaria acessível para auxiliar.

Posteriormente, foram partilhadas com a mãe as datas para as matrículas do Pré-escolar (que se iniciaram a partir de 19 de abril de 2023) e articulado com a mesma, a entrega de todas as documentações necessárias para a matrícula (nomeadamente, o Relatório de Transição elaborado pela ELI). A mãe manifestou estar consciencializada que as suas filhas seriam sinalizadas à Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI), ao abrigo do Dec. Lei 54/2018, para a identificação de medidas de suporte à aprendizagem e inclusão. Este tema já havia sido abordado anteriormente e a mãe tomou a iniciativa de pesquisar e aprofundar sobre o assunto. Manifestou de certa forma, algum “alívio” uma vez que tinha esperança de que a AI pudesse superar algumas das suas dificuldades relacionadas com a linguagem e fala com o apoio da Terapia da Fala na escola (mobilizado através do CRI). Ainda nesta sessão, a AI manifestou querer despedir-se de mim e da Orientadora de Estágio, acompanhando-nos à porta, mantendo contacto visual fugaz (ainda que estimulada para tal, pois ajoelhei-me ao nível de altura da AI, posicionando-me na sua frente, olhando para ela e tocando na sua mão), fez o gesto do “adeus” e verbalizou “*bye-bye*”.

Devolveu-se à mãe, a condução e programação das próximas sessões.

Sexta sessão – Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), Relatório de Transição, Monitorização

A sexta sessão realizou-se em abril de 2023 contando com a minha presença e a da orientadora de estágio. Nesta sessão procuraram-se abordar vários temas tais como:

- ✓ Apresentação e assinatura do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP);
- ✓ Reflexões sobre os objetivos delineados pela família;
- ✓ Apresentação e assinatura do Relatório de Transição;
- ✓ Reflexão sobre o Relatório de Transição;
- ✓ Apresentação do documento de sinalização para a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI) ao abrigo do Dec. Lei 54/2018;
- ✓ Monitorização das estratégias para o desfralde;
- ✓ Averiguação do ponto de situação do deferimento das prestações sociais.

No quadro 3 (ver mais abaixo), podem-se identificar os objetivos propostos a atingir no PIIP tendo em conta as necessidades da criança e respetiva família:

Quadro 3 – Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)

O que queremos atingir (objetivos)	Quem faz (fontes de apoio)	Como faz (estratégia)	Quando pensamos atingir	Avaliação com a família	
				Data	Nível de satisfação
A AI vai obter a nacionalidade portuguesa	ELI, Família	-ELI articula com SEF + Segurança Social+ IRN para ajudar a família no processo e procedimentos necessários. -Família reúne documentação necessária, desloca-se às entidades e cumpre os procedimentos/burocracias necessárias.	Quando for concedida a nacionalidade e/ou autorização de residência	2/2023	
A AI vai obter as prestações sociais a que tem direito (abono de família + bonificação por deficiência)	ELI, Família, Pediatra de Desenvolvimento	-ELI articula com a Pediatra do Desenvolvimento para obtenção da Declaração Médica. -Família reúne a documentação necessária. -Família faz marcação na Segurança Social e dirige-se no dia do agendamento para entrega da documentação e pedido de prestações.	Quando o processo for diferido	9/2023	
Inscrição em contexto educativo (público)	ELI, Família, EMAEI do Agrupamento	-ELI faz avaliação Psicoeducativa e Relatório de Transição -ELI articula com Agrupamento na reunião de transições. -ELI e Família fazem a sinalização à EMAEI. -Família faz a marcação e entrega a documentação necessária ao ato de matrícula.	Quando saírem as listas de definitivas	7/2023	
Autonomia A AI vai usar a sanita quando quiser fazer xixi. Sabemos que consegue fazer isto, sempre que for à sanita quando quer fazer xixi, autonomamente, durante o dia, 5 dias por semana.	ELI, Família	-ELI sugere estratégias para o início do desfralde; -ELI faz os cartões visuais para assinalar a ação "fazer xixi"; - A família: mantém a AI sem fralda durante o dia, colocar a imagem perto da sanita, prepara o reforço para dar à AI sempre que faz xixi na sanita, leva-a à sanita de 20 em 20 minutos (oferece reforço sempre que faz xixi), ignora acidentes e redireciona para a casa de banho pedindo a colaboração da AI para mudar a roupa que está suja	Quando se mantiver sem acidentes durante 5 dias	9/2023	
Comunicação/Linguagem A AI vai usar imagens para fazer pedidos. Sabemos que consegue fazer isto quando fizer diferentes pedidos (alimentos, objetos, ações), recorrendo aos símbolos visuais, a diferentes pessoas e em diferentes contextos, diariamente ao longo de uma semana.	ELI, Família	-A ELI vai introduzir o sistema de comunicação aumentativo por troca de imagem. -A ELI vai modelar a utilização do sistema de comunicação aumentativo para que a mãe possa observar. -A Família vai colocar os símbolos ao alcance da AI. -A Família vai capacitar-se sobre a utilização do sistema aumentativo de comunicação. -A Família vai incentivar a AI a utilizar o sistema de comunicação aumentativo.	Quando a AI for autónoma a fazer 3 pedidos utilizando as imagens	7/2023	

Outros dos objetivos nesta sessão de acompanhamento foi a apresentação e reflexão do relatório de transição, ou seja, neste sentido, foi sugerida a continuidade do acompanhamento pela ELI ao abrigo do Dec. Lei nº 281/2009 e a sinalização à EMAEI ao abrigo do Dec. Lei nº54/2018, no contexto educativo (em rede pública). Para o ano letivo seguinte e tendo em contas as observações e avaliações efetuadas pela ELI, a equipa considerou relevantes, as seguintes propostas:

- Dar instruções curtas e simples, sempre com recursos aos gestos e aos modelos para que possa imitar;
- Sentar a AI próxima do adulto nas atividades que exijam maior concentração;
- Permitir que a AI se levante nos momentos em que dá sinais de cansaço para recuperar o foco da atenção;
- Mediar as interações entre a AI e as outras crianças na partilha dos brinquedos e nas brincadeiras que exijam troca de turnos, desenvolvendo os seus comportamentos pró-sociais;
- Focar a promoção sistemática de competências (reforço das aprendizagens) nas áreas identificadas como frágeis;
- Estruturar o espaço da sala, as rotinas e atividades, utilizando pistas visuais (imagens), que facilitem a compreensão das rotinas da sala;
- Antecipar as rotinas da AI, utilizando o suporte visual (exemplo: calendário visual), de forma que perceba a sequência das rotinas e atividades diárias;
- Usar um feedback contínuo e positivo, elogiando a AI pelos seus sucessos e conquistas;

Tendo em conta as necessidades e perfil de desenvolvimento e comportamento de AI, sugeriu-se que fosse ponderada a redução de turma, o apoio psicopedagógico, o desenvolvimento de metodologias estratégicas de ensino estruturado e de competências de autonomia pessoal e social, bem como, o apoio do CRI, ao nível da psicomotricidade e terapia da fala.

Foi tido em consideração o facto de AI ser uma criança com baixas competências ao nível da autonomia e considerou-se essencial, o acompanhamento por um Assistente Operacional, de forma a ajudá-la na participação diária das atividades e rotinas do jardim-de-infância. Constatou-se, ainda, que devia ser sinalizada ao CR-TIC (Centros de Recursos TIC para a Educação Especial).

Devolveu-se à mãe, a condução e programação das próximas sessões.

Sétima sessão – Modelagem/Intervenção PIIP

Na sétima sessão, realizada em maio de 2023, AI recebeu de forma positiva a equipa, tendo interagido através da janela, emitindo sons, com contacto visual e estereotípias (abanico das mãos). Apresentava-se com higiene cuidada e vestuário em conformidade.

Esta sessão teve como intuito a introdução do sistema de comunicação aumentativo, isto é, métodos, estratégias e ferramentas que são utilizadas para apoiar e facilitar a comunicação de indivíduos com dificuldades em utilizar a fala ou a linguagem escrita, de forma eficiente. No caso em concreto, optou-se pela comunicação através da troca de imagens com recurso aos cartões (anexo v). Desta forma, modelou-se, assim, a utilização do sistema de comunicação aumentativo de modo que a mãe pudesse observar e compreender a sua funcionalidade.

Tanto eu, como a orientadora de estágio, nos sentamos no chão em torno da mesinha da sala e colocamos uma caixa de ludo (organizada por mim) em cima da mesma. De seguida, permitiu-se a exploração da caixa por parte da criança. A AI retirou todos os brinquedos da caixa e manifestou interesse imediato por um bebé, começando por dar-lhe “comida à boca” com recurso a uma colher. Foi inclusive, buscar a sua garrafa de água para dar ao bebé. Alinhou os carrinhos. Segurou com uma mão um leão o qual não largou mais até ao fim da sessão, passando a ter somente uma mão disponível para desempenhar atividades. Após um período destinado à exploração da caixa, introduziu-se um cartão branco. Foi retirado da mesa o bebé e colocado em sua substituição, o cartão. Inicialmente, a AI não manifestou qualquer reação a esta mudança, mantendo-se no “seu mundo”. A orientadora de estágio chamou a atenção de AI através de sons e gestos ao brincar com o bebé. A AI emitiu sons “*hummm*” (sic), demonstrando querer o bebé. Eu agarrei no cartão, entreguei-o à Orientadora verbalizando “*bebé*” em troca do cartão, como forma de exemplificação daquilo que seria pretendido.

Posteriormente, esta ação foi repetida, entre mim e a AI, sendo que inicialmente, a Psicóloga Orientadora, agarrou na mão da AI para que esta me entregasse o cartão em troca do bebé. Após algumas repetições, a AI compreendeu o intuito do exercício, sendo possível reforçá-la positivamente pelas trocas.

Foram diversas as vezes que a AI se afastou da mesa, correndo pela sala em forma de círculo, batendo os pés no chão num indo e vindo constante, atirando brinquedos pelo “ar”. Foram respeitados os seus tempos de autorregulação e posteriormente (passados alguns minutos) chamada “AI” para regressar.

Salienta-se o aumento dos contactos visuais por parte da AI, ainda que fugazes, manifestou reagir à estimulação para que os mesmos ocorressem.

No fim da atividade, mostrou resistência em largar o leão da sua mão. Após algumas ordens simples como “dá”; “dá o leão”, a AI voltou a colocar o animal na caixa, face à substituição por um outro brinquedo.

Foi solicitado à mãe algum feedback sobre o desfralde e segundo a mesma, quando sentava a AI na sanita (e se esta tivesse vontade), acabava por fazer as suas necessidades. Caso contrário, a AI levantava-se da sanita. A mãe relatou ainda um episódio que ocorreu, a AI tomou a iniciativa de ir até à casa de banho sozinha, posicionou-se ao lado da sanita, mas não se sentou. Acabando a mãe por se aperceber do sucedido, questionou a AI se estava aflita e colocou a criança em cima da sanita. Foi aconselhado manter a implementação das estratégias partilhadas.

Devolveu-se à mãe, a condução e programação das próximas sessões.

Oitava sessão - Modelagem/Intervenção Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)

A oitava sessão foi realizada em maio de 2023, contando com a minha presença e da Orientadora de Estágio.

Nesta sessão, AI manifestou uma boa receção perante a presença da equipa, junto da sua irmã gémea e com contactos visuais fugazes e estereotípias (saltinhos em bicos de pés e “flapping”). Rapidamente autorregulou-se e dirigiu-se para a mesinha da sala, sentando-se à espera de iniciar as atividades. Esta sessão teve como intuito a monitorização da introdução do sistema de comunicação aumentativo por troca de imagem (através de cartões previamente elaborados e indo ao encontro das preferências manifestada pela AI na sessão anterior: bebé, colher, carrinhos, leão, bolas de sabão, bola, entre outros objetos).

Foi colocada a caixa em cima da mesa com os brinquedos previamente selecionados. AI explorou a caixa e seguidamente, aceitou a identificação e a troca dos brinquedos através dos cartões, cumprindo ordens simples como “toma” e “dá”. E ocasionalmente, repetindo sons de imitação das palavras que eu ia verbalizando “bebé”, “colher”, “carro”, “leão”. Durante esta sessão, AI mostrou-se agitada. Levantou-se da mesa constantemente, correndo pela sala em forma de círculo, batendo com os pés no chão, num ir e vir constante. No entanto, nunca deixou de manifestar interesse pela atividade, uma vez que regressava à mesinha e sentava-se. No fim da atividade, mostrou alguma resistência em arrumar os brinquedos na caixa. Tanto eu como a minha Orientadora de Estágio, começamos a arrumar os brinquedos na caixa, como forma de exemplificação. AI apenas colocou na caixa um carrinho.

Foi uma vez mais esclarecido (junto da mãe) que a ELI iria elaborar um dossier com imagens a fim de estimular a linguagem, facilitar a comunicação, a compreensão e a integração

das rotinas da AI. Tal dossier, seria entregue posteriormente e que a família, deveria incentivar a AI a usar o sistema de comunicação aumentativo nas rotinas diárias.

Foram partilhadas algumas sugestões junto da mãe, como evitar a televisão constantemente ligada e com vídeos aleatórios do “*Youtube*”; estimular o contacto visual da AI, baixando-se ao nível desta para comunicar; estimular a comunicação através da imitação e do diálogo aquando das rotinas/brincadeiras; apontar e repetir os nomes, sons de objetos/animais para a AI; estimular para que a AI aponte ou peça o que quer, ao invés de deixar os objetos/comida em livre acesso; manter e antecipar as rotinas “*Vamos escovar os dentes*”; “*xixi-sanita*”; “*Vamos à rua*”; bem como, recorrer e manter ordens simples “*Dá*”.

Nona sessão – Avaliação do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)

Em junho de 2023, foi efetuada a nona sessão de acompanhamento contando comigo e a minha Orientadora de Estágio. Nesta sessão, pretendeu-se reavaliar, em conjunto e com todos os intervenientes (ELI e mãe), os objetivos do PIIP que tinham sido definidos anteriormente, numa escala *Likert* de 1 a 5 pontos, os quais representam diferentes níveis (NA – Deixou de ser objetivo; 1 - Objetivo não atingido; 2 - Mantém-se o objetivo; 3 - Objetivo foi atingido, mas não foi de acordo c/ a satisfação da Família; 4 - Objetivo parcialmente atingido; 5 - Objetivo atingido de acordo com a satisfação da família). A avaliação geral do PIIP foi de *Nível 2 – Mantém-se o objetivo*, uma vez que o acompanhamento por parte da ELI, iria manter-se ativo no seguinte ano letivo e alguns dos objetivos delineados estariam traçados para avaliação nos meses de julho a setembro de 2023.

Ressalvo que um dos objetivos delineados anteriormente - a obtenção da nacionalidade portuguesa da AI, foi classificado com “*Nível 5 – Objetivo atingido de acordo com a satisfação da família*”. Segundo a família, o fato da ELI ter auxiliado na articulação com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF - atualmente extinto), a Segurança Social (SS) e o Instituto dos Registos e Notariado (IRN), ajudou-as nos procedimentos necessários.

Ao longo das sessões de acompanhamento, foram verificados alguns progressos no desenvolvimento da AI, mais especificamente no que tange à adaptação e à interação com os adultos; à integração de algumas rotinas como o desfralde e à iniciação do sistema comunicativo aumentativo. Todavia, existiam áreas a melhorar, particularmente ao nível da comunicação e autonomia.

Como referido anteriormente, e de acordo com o Relatório de Transição, foi sugerida e aceite a continuidade do acompanhamento por parte da ELI ao abrigo do Dec. Lei n.º 281/2009

e da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI) ao abrigo do Dec. Lei 54/2018.

Conclusão do processo de acompanhamento psicológico

Ao longo das nove sessões efetuadas, tendo em consideração o contexto natural da AI – domicílio - foram desenvolvidas atividades com base na estimulação da aprendizagem, linguagem, socialização; contacto visual nas interações sociais e autonomia (essencialmente, no controlo dos esfíncteres). As atividades foram realizadas com os intervenientes do processo, ou seja, ELI e mãe, seguindo as diretrizes do SNIPI.

Os objetivos delineados no PIIP foram tidos em consideração durante as sessões e foram partilhadas as estratégias por parte da ELI, nesse sentido. Ressalva-se a continuação das sessões com foco de intervenção nos restantes objetivos traçados, ainda por atingir, como por exemplo, acompanhamento da AI em contexto educativo; autonomia (mais especificamente no controlo dos esfíncteres); linguagem (através da utilização e manutenção do sistema de comunicação aumentativo).

A realização da avaliação formal de AI, com recurso à aplicação do PEP - 3.^a Edição (Schopler, 2004), permitiu reconhecer o perfil psicoeducativo de AI, bem como, identificar atividades do interesse desta (trabalhos com pintura, jogos de tabuleiro e encaixe, bolas de sabão, bola, animais, plasticina – ainda que com alguma relutância face à hipersensibilidade). Foi inclusive, verificado o jogo simbólico numa brincadeira do “faz de conta”. AI recorreu à plasticina para fazer “comida” e dar à boca do boneco apesar da incorreta utilização dos objetos funcionais (colher).

Foi ainda possível a consciencialização da mãe para a importância de atividades e brinquedos que estimulassem a AI, pois resultou da minha observação e da Orientadora de Estágio que os brinquedos disponíveis não seriam os mais apropriados para a AI. No decurso das sessões, foram visíveis os desempenhos das irmãs gémeas em atividades como a pinturas de livros; puzzles; bebés e brinquedos de cozinha, etc.; incentivando para que estas brincadeiras fizessem parte das rotinas,

Destaca-se, igualmente, a consciencialização da família para a importância da estimulação nas áreas da linguagem; da comunicação e da socialização, bem como a estimulação do contacto visual da AI para uma melhoria do nível da adaptação das rotinas.

No âmbito do estágio, as sessões terminaram em junho de 2023, todavia, em contexto de gabinete na USF (gabinete-sede da ELI) nós, juntamente com a Orientadora de Estágio,

iniciamos, a elaboração do dossier, como recurso ao sistema de comunicação aumentativo, baseado nas rotinas e atividades diárias da AI. Este veio a ser entregue posteriormente, pela minha Orientadora de Estágio, a qual continuou o acompanhamento do caso e respetiva monitorização do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP).

3.1.3. Discussão e Reflexão do Acompanhamento Psicológico

AI é uma criança de 4 anos de idade. Trata-se de uma criança com o diagnóstico clínico de PEA, nível moderado e sem oralidade. Todavia, aos 3 anos de idade foi referenciada por suspeitas de Atraso Global de Desenvolvimento. Considerando o quadro clínico de PEA que normalmente envolve défices persistentes na comunicação e na interação social, bem como, padrões de comportamentos de interesses ou atividades restritivas e repetitivas; constatou-se que AI ao longo das sessões manifestou défice na reciprocidade social e emocional (através da aproximação social desajustada e falha nos turnos de conversação); défice nos comportamentos comunicativos não verbais utilizados na interação social (através da fraca integração da comunicação verbal e não verbal; às alterações no contacto ocular e linguagem corporal; défice na compreensão e uso da comunicação não verbal; assim como ser maioritariamente ausente a utilização de expressões e gestos por parte da AI) e défice em estabelecer e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento (através de algumas faltas de interesse demonstradas ao longo das sessões; à dificuldade na partilha de brinquedos/jogos ou à mudança e finalização de brincadeiras/atividades).

Ao longo das sessões foram visíveis os discursos, os movimentos motores e o uso de objetos repetitivos e estereotipados (através das estereotipias motoras); os alinhamentos de brinquedos e objetos; o rodopiar brinquedos e objetos; ecolalia e o uso repetitivo de frases idiossincráticas. Foram igualmente observados e identificados sinais como:

- ✓ Resistência a mudanças, aderência excessiva a rotinas ou padrões ritualizados de comportamentos não verbais, através de stress extremo a pequenas mudanças; dificuldade com as transições; padrões de pensamentos rígidos; rituais de saudação; necessidade de ir pelo mesmo caminho (por exemplo, era comum a AI rodopiar sempre que entrava na sala de estar);
- ✓ Interesses fixos e muito restritos que são anormais na intensidade e no foco (ligação ou preocupação excessiva com os objetos); interesses recorrentes e excessivamente circunscritos;

- ✓ Hiper e Hipo reatividade a estímulos sensoriais ou interesse pouco usual em aspetos sensoriais do ambiente que se traduzem por aparente indiferença à dor (AI rodopiava na sala, caía no chão, batia por vezes com a cabeça e manifestava indiferença à dor); fascinação por luzes e objetos (por exemplo, era comum a AI agarrar num objeto com a mão e permanecer com este até ao fim da sessão).

Tendo em consideração o quadro clínico de PEA sem oralidade, verificaram-se alguns progressos, pelo que se constatou a importância da família e do trabalho cooperativo com a ELI.

Considerando os critérios de diagnósticos da APA (2014), quer em termos sociais ou comunicativos, a PEA caracteriza-se pela maioritária ausência do contacto visual; pela ausência de resposta; pela não vocalização ou emissão de vocalizações pouco diferenciadas; pela produção de vocalizações atípicas; ausência de compreensão do que é comunicado; uso de linguagem idiossincrática; ecolalia; entre outras características (Lima, 2015). A AI apresentou-se incapaz de iniciar ou manter uma conversação, porém através das sessões de introdução ao sistema de comunicação aumentativo, foi possível a verificação de uma intencionalidade comunicativa. Através da emissão de sons, AI tentou imitar as palavras verbalizadas pela equipa e foi igualmente proferindo umas palavras soltas como “*não*”; “*bye bye*”; cores em inglês (ecolalia). Prevê-se, a longo prazo, benefícios no recurso ao dossier, bem como, ao alcance do mesmo por parte da AI.

Ao nível da socialização, verificou-se que AI não expressava de forma nítida os seus sentimentos, nem respondia às emoções expressas pelos outros. De acordo com o autor Antunes (2018), enumeram-se como critérios de diagnóstico a dificuldade na interação social; a dificuldade na comunicação verbal e não verbal e a dificuldade em criar empatia. No entanto, foi possível verificar ao longo das sessões efetuadas, reações positivas à presença da equipa no seu contexto natural, iniciando progressivamente interações através do toque (como abraços e pedidos de colo). O contacto visual nem sempre foi regular e consistente, todavia face à estimulação do contacto durante as atividades realizadas, aumentou significativamente. Destaco, que após as chegadas ao contexto domiciliário, a AI vinha em nossa direção e posteriormente, dirigia-se para a sala, ficando a “aguardar” alguma atividade/intervenção por parte da equipa.

Ao nível da motricidade fina, grosseira e imitação visuomotora, AI explorou desde sempre, o meio onde se inseria; mostrou curiosidade pelos materiais apresentados ao longo das sessões; examinou adequadamente as diferentes texturas dos materiais e focou-se nas características sensoriais dos mesmos. Por vezes, teve dificuldade na interrupção das atividades,

manifestando gritos ou choro. Contudo, ao longo das sessões realizadas, foi possível a equipa verificar que este comportamento seria evitado, desde que, surgisse uma troca de brinquedos ou a AI percecionasse uma nova atividade. Por vezes, tornou-se complexo auxiliar e gerir estas crises, face à ausência ocular e afastamento da AI. Durante o acompanhamento psicológico, a AI manifestou comportamentos estereotipados: balançar as mãos “*flapping*”; rodopiar; correr num registo de “ir e vir”; caminhar em bicos dos pés, atirar-se para o chão. Estes mesmos comportamentos estereotipados, surgiam como movimentos de autorregulação para redução de ansiedade, stress e sobrecarga sensorial.

Ao nível da autonomia a AI adaptou-se às rotinas, comia sozinha com recurso a um dos talheres (garfo ou faca); ainda entornava água quando bebia pelo copo; colaborava no vestir e despir; colaborava na sua higienização ainda que realizada pelo adulto; e apesar de não controlar os esfíncteres, após a implementação das estratégias partilhadas com a Família, houve progressos na medida em que a AI já permanecia sentada na sanita sem choros e gritos e deslocava-se para junto da casa de banho se estivesse com vontade. Prevê-se a longo prazo, ser um objetivo atingível até com o recurso ao dossier (sistema de comunicação aumentativo).

Para uma análise mais detalhada deste caso clínico, parece-me interessante destacar a teoria de Hipólito (2011), a qual tem por base a perspetiva da Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers (1983). O apoio nesta teoria permitirá uma reflexão sobre vários aspetos relevantes nesta fase do desenvolvimento. Hipólito expõe a sua teoria do desenvolvimento humano, contribuindo para a compreensão das perturbações psicológicas do indivíduo, o qual se encontra em constante atualização. Segundo Hipólito, a tendência atualizante inicia-se na célula primordial que contém todas as informações necessárias para o desenvolvimento das suas potencialidades, tanto aquelas que são herdadas geneticamente como as físicas e psíquicas. E, para que essa célula se desenvolva de forma saudável, são necessárias condições favoráveis biológicas e psicológicas (Ribeiro e Laneiro, 2020).

A AI não é capaz de simbolizar as perceções, aparenta estar fora da consciência, tendo assim um campo de perceção muito restrito. O movimento de dissociação, manifesta-se a nível do locus de controlo interno no seu mundo interno, no modo “silencioso” como experiência e fenómenos, como os sente e tendo sempre em conta que todas as decisões de extrema importância para si, são decididas pela Mãe ou restantes familiares que estejam a seu cargo. Para Hipólito (2011), estamos perante uma dissociação do self, entre o que é percecionado e o que é desejado pela AI. A criança tem competências cognitivas e emocionais, uma vez que as perceciona, todavia não as consegue exprimir verbalmente.

De acordo com a APA (2014), um trauma deve ser compreendido como uma experiência pessoal relacionada com acontecimentos como a morte, ameaça de morte, ferimento grave ou até mesmo uma ameaça à integridade física ou observar algo relacionado com o mencionado anteriormente.

Estes eventos ultrapassam a capacidade de o indivíduo lidar e processar a experiência, resultando num impacto significativo. No caso em questão, defende-se que o trauma esteja centrado ao nível biológico face ao seu quadro clínico e social, PEA moderada e sem oralidade, relembrando que a nascença, foi prematura, necessitou de reanimação e esteve isolada em período de internamento por dois meses de modo a ganhar peso corporal.

O quadro clínico apresenta uma perda de discriminação real/imaginária grave, uma vez que a AI manifesta incapacidade de reciprocidade social, na ausência de contacto ocular, resultando de uma relação de afastamento perante o outro (Hipólito, 2011).

De acordo com a Federação Portuguesa do Autismo (2021), o espectro ao autismo, leva a alterações neurológicas do desenvolvimento, presentes desde a infância e de carácter permanente, decorrentes de alterações no desenvolvimento e na maturação do sistema nervoso central. A sua condição leva a que o “mundo” seja compreendido de forma diferente, justificando as limitações manifestadas pela AI, bem como, a hipersensibilidade desta criança, a todos os estímulos que percebe e que se encontram inseridos no ambiente.

A AI demonstrou evoluções nas suas adaptações e rotinas diárias (tanto físicas, quanto experienciais), estando presente a tendência atualizante. Concluindo-se que a AI, dispõe de forças para ser o mais funcional possível, podendo desenvolver as suas potencialidades para assegurar a conservação e o seu enriquecimento, mediante possibilidades e limites do meio (Rogers & Kinget, 1965-1979).

3.2. Caso Clínico “C” – Avaliação Psicológica

Identificação

C, do sexo feminino, com sete anos de idade, e de nacionalidade portuguesa residia no Distrito de Setúbal. O progenitor da C, tinha cinquenta anos de idade, nacionalidade portuguesa, frequentava o ensino universitário e encontrava-se desempregado. A progenitora, tinha quarenta e sete anos, nacionalidade portuguesa e desempenhava funções na área de administrativa (estas informações encontram-se inseridas no genograma, anexo y).

A avaliação psicológica deste caso clínico ocorreu entre março e junho e teve o total de oito sessões.

Motivo do pedido de Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica da C surgiu na sequência de um pedido da Professora Titular de Turma, uma vez que, a aluna apresentava dificuldades na aquisição dos mecanismos da leitura e da escrita, tendo consolidado estas aprendizagens, apenas, no final do segundo período letivo do segundo ano de escolaridade. Ainda, foram relatadas dificuldades na canalização e manutenção da atenção e da concentração em sala de aula, necessitando de mais tempo do que o seu grupo/turma para a realização das atividades propostas. Verificou-se a necessidade de reforço positivo e supervisão constante por parte do adulto aquando C realizava as suas tarefas escolares. Numa primeira fase, o processo de Avaliação Psicológica, iniciou-se informalmente com a recolha de informação junto da Professora Titular de Turma. Posteriormente, reuniu-se com o pai e solicitou-se, após os devidos esclarecimentos, a assinatura do Consentimento Informado.

3.2.1. História Clínica

C tinha 7 anos de idade e residia com a sua família. Os pais partilhavam um regime de guarda partilhada com residência alternada. Desta forma, quando C está em casa do pai o agregado familiar é composto por os seguintes elementos: a avó paterna; o pai; a irmã mais velha com 10 anos de idade e a sua irmã gémea, a I. Por outro lado, quando reside com a sua mãe, o agregado familiar é composto pelos seguintes elementos: a mãe; um irmão uterino de 21 anos de idade; a irmã mais velha com 10 anos de idade e a sua irmã gémea. Em conformidade com os dados da entrevista (anexo I) verificou-se que C “tem a casa do pai e a casa da mãe”, ou seja, um regime de guarda partilhada com residência alternada, não regulada na Conservatória do Registo Civil, nem Judicialmente, mas por acordo entre os progenitores, as trocas ocorrem semanalmente, às quartas-feiras. O pai relatou, também, não existirem outros elementos de referência na família.

No que tange à História Pré-Natal, da gestação ao nascimento, a gravidez das gémeas não foi planeada e a mãe necessitou de algum tempo para se estabilizar emocionalmente e iniciar o processo de aceitação. Foi uma gravidez medicamente assistida; durante esse período a progenitora esteve sujeita a terapêutica medicamentosa no sentido de estabilizar a sua

condição psicológica. A mãe, antes desta gravidez, segundo o progenitor, já apresentava um quadro sintomatológico de ataque de pânico, pelo que já se encontrava medicada. A criança nasceu prematura na Maternidade na área de Lisboa, aos sete meses e meio, tendo sido a segunda gémea a nascer. O Índice do APGAR (condição fisiológica do bebé) apresentou-se clinicamente estável. C nasceu com 1,620Kg e não acusou hipotiroidismo (ao contrário da sua irmã gémea).

Quanto ao seu Desenvolvimento e Saúde, o progenitor relatou que, nos primeiros meses de vida a C esteve aos cuidados dos pais, porém devido à situação laboral destes, aos cinco meses, tanto a C como a sua irmã gémea, passaram a residir com a Avó Paterna no Distrito de Setúbal. As gémeas regressaram para junto dos pais quando completaram um ano de idade.

A mãe amamentou C até aos primeiros três meses de vida. Posteriormente, a criança passou a ingerir leite pelo biberão, sem lactose, uma vez que apresentava intolerância à lactose. A transição para os sólidos foi bem-sucedida.

Antes dos doze meses, C gatinho e iniciou a marcha aos 15 meses; o desenvolvimento da linguagem iniciou-se por volta dos 24 meses.

A C usou chupeta até aos 3-4 anos de idade, momento em que ingressou na creche.

Relativamente ao processo de desfralde, não apresentou qualquer problemática, adquiriu o controlo total dos esfíncteres aos dois anos e meio, sem qualquer indicador de enurese ou encoprese, diurno ou noturno.

A C é uma menina muito criativa e divertida, gosta muito de brincar, sendo umas das suas brincadeiras preferidas o futebol que joga num Clube amador. Foi ainda referido que brinca ao “faz de conta”, às cozinhas e que é uma criança muito imaginativa.

No que concerne à sua autonomia, o pai refere que a C é uma criança autónoma nas suas rotinas, em conformidade com o seu grupo etário.

C não é acompanhada em nenhuma especialidade médica, uma vez que não tem apresentado problemas de saúde física e/ou mental. Já teve algumas doenças típicas do desenvolvimento infantil, nomeadamente a varicela e o sarampo. O pai relata que nunca se apercebeu da existência de alguma problemática relacionada com o sono, no entanto refere que a C se movimenta bastante durante a noite.

Relativamente ao seu Percurso Académico, a C frequentou a pré-escola, em dois estabelecimentos de ensino diferentes, juntamente com a sua Irmã Gémea. Iniciou o Primeiro Ciclo com seis anos de idade e até ao presente, não fez mudança de escola. Quanto ao seu desempenho e aproveitamento escolar, o pai refere que *apresenta “...dificuldades na leitura e na memorização...para ler tem de saber todas as sílabas de cor...”*; “...a C tenta fixar a sílaba” (sic).

Durante o ano letivo em questão, C usufruiu de Apoio Pedagógico na escola, desta forma conseguiu aproximar-se significativamente do seu grupo/turma, nomeadamente quanto à leitura e à escrita.

Socialmente, na escola, a C é uma menina muito simpática, afável e divertida, principalmente para com os adultos. As suas preferências, nas relações interpessoais em contexto escolar, focam-se muito na sua irmã gémea, no entanto, têm-se verificado algumas alterações significativamente positivas, nas interações estabelecidas com os pares.

No que respeita a Problemáticas, Doenças, Dificuldades de Aprendizagem/outros, em meio familiar, o pai referiu que não tem conhecimento de alguém na família que apresente dificuldades de aprendizagem. Bem como, ao nível de doenças crónicas e problemáticas de Saúde Mental. No entanto, foi relatado que a avó paterna da C se encontrava totalmente dependente de terceiros, sendo estes cuidados prestados pelo pai, apresentando algum comprometimento ao nível da saúde mental (face à sua idade avançada).

3.2.2. Sessões de Avaliação Psicológica

Neste caso clínico, depois de levada a cabo a entrevista clínica, foram realizadas 5 sessões de avaliação psicológica com o objetivo de aplicar os instrumentos de avaliação considerados mais apropriados. Ao longo do processo de avaliação psicológica, estabeleceu-se uma relação empática e C apresentou um comportamento adequado durante as cinco sessões. Demonstrou-se uma menina simpática, criativa, educada, meiga tendo colaborado com motivação e entusiasmo em todas as tarefas propostas e realizadas, especialmente nas atividades mais direcionadas para o desenho/pintura. Durante as sessões, manteve-se bastante comunicadora e interessada na exploração dos materiais, querendo inclusive, realizar as atividades propostas por mim com as canetas/lápis.

Sessão 1 - Desenho Livre e Desenho da Família (Corman, 1967)

Esta primeira sessão realizou-se em maio de 2023. C apresentou-se colaborante, manifestou interesse pela atividade proposta e realizou-a com empenho e rigor ao detalhe. Foi intercalando o desenho com recurso aos seus diversos lápis de cor e canetas e ainda questionou, se poderia utilizar o meu material de escrita ao qual respondi afirmativamente. Manteve uma postura calma e concentrada durante a sessão e por vezes, ia partilhando detalhes acerca das figuras e objetos que desenhava, nomeadamente *“Sabes porque estou a fazer este buraco na árvore? Porque lá ao pé da casa do pai tem um buraco e às vezes, apanho lá um esquilo”* (sic); *“Quando a minha irmã fez anos, depois fomos lá ver os pássaros e já não estavam lá”* (sic); *“De que cor achas que é o meu cabelo?”* (sic); *“Qual é a tua cor favorita? A minha é o amarelo”* (sic).

Da análise do Desenho (anexo n), verificou-se um desempenho adequado considerando o seu grupo etário. Fez distinção de género (masculino/feminino) e gerações (adultos/crianças), com investimento no pormenor. A análise de conteúdo aponta para um quadro sintomático de ambivalência nas relações estabelecidas na dinâmica familiar, pois identifica personagens com fragilidades, as mais e as menos felizes, com projeções externas e mecanismos de defesa. A dinâmica familiar estabelecida, por vezes, apresenta sentimentos ansiogénicos seguidos de angústia, bem como o desejo de ela e a sua irmã gêmea serem protegidas.

Sessão 2 - Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR)

A segunda sessão ocorreu em junho de 2023. C apresentou-se colaborante, manifestou interesse pela atividade proposta e realizou-a com empenho. *“Gostei deste jogo, algumas coisas são fáceis, outras não”* (sic). C apresentou uma Aptidão Cognitiva situada no intervalo Muito Superior, no Percentil 97, em conformidade com a sua faixa etária (anexo o).

Sessão 3 - Teste da Figura Complexa de Rey-Osterrieth (FCR-O) (Rey, 1959)

A terceira sessão ocorreu em junho de 2023. C apresentou-se colaborante para a sessão e realizou a atividade proposta, sem qualquer oposição. Após dadas as instruções do que se pretendia, C realizou as tarefas, desta vez mais hesitante, com mais lentidão e até suspirando, durante a mesma. Ainda assim, conseguiu concluir o que lhe foi solicitado.

No Teste da Figura Complexa de Rey (Rey-Osterrieth, 1959), que avalia a capacidade de organização percetivo-motora, a atenção, a memória visual imediata e outros processos cognitivos associados ao funcionamento executivo, tais como o Planeamento, a Organização e

a Resolução de Problemas, foi possível concluir que a C, apresentou resultados dentro da Média, em conformidade com o seu grupo de referência/faixa etária.

A C foi sujeita à aplicação da versão A e B da prova, com a reprodução da Cópia e da Memória, nas duas versões. Esta prova dá-nos informação quantitativa e qualitativa quanto ao funcionamento da memória visual e não-verbal. Na reprodução da Cópia, obtemos indicações do funcionamento da apreensão e representação gráfica dos dados visuais. Esta prova exige uma visão correta e controle visuomotor, visão da estruturação da atividade perceptiva e capacidade de atenção, exige, ainda, controle e mobilização da atenção.

Quanto à reprodução da Memória, esta prova apela à memória imediata, exige uma capacidade mnésica visual boa e sem perturbações.

Em ambas as versões, A e B, a C apresentou uma ligeira discrepância entre a Prova Cópia e a prova Memória, sem significância e dentro do esperado para esta faixa etária (anexo p).

Sessão 4 - *Wechsler Intelligence Scale for Children* , 3ª edição – WISC III (Wechsler, 1991)

A quarta sessão realizou-se em junho de 2023. C apresentou-se colaborante para a sessão, manifestou interesse pelas atividades propostas e realizou-a com empenho. Pelo período da tarde, C apresentou maior exaustão, ainda assim nunca se opôs à conclusão.

De acordo com o seu desempenho na *WISC-III* (Wechsler, 1991) que avalia o funcionamento intelectual geral e determina a qualidade do desempenho do indivíduo relativamente a um conjunto de aptidões intelectuais, a C apresentou um nível de Desenvolvimento Intelectual situado na Média, em conformidade com o seu grupo etário, considerando a Escala Completa, Área Verbal e de Realização, no Percentil 61 (intervalo 90-109, com 95% de confiança) (anexo q).

O Perfil apresentou-se homogéneo, no entanto, com resultados ligeiramente superiores na escala de Realização, relativamente à escala Verbal, sem significância clínica. O QI Verbal encontrou-se no nível Médio, no Percentil 55 (intervalo 95-109, com 95% de confiança) bem como, o QI de Realização, no Percentil 65 (intervalo 96-114, com 95% de confiança). O Índice de Compreensão Verbal situou-se no Percentil 58 (intervalo 95-111, com 95% de confiança); o Índice de Organização Perceptiva situou-se no Percentil 58 (intervalo 93-112, com 95% de

confiança); o Índice de Velocidade de Processamento situou-se no Percentil 10 (intervalo 74-96, com 95% de confiança).

Procedeu-se à análise intra-individual das escalas, o que permitiu destacar pontos fortes e fracos, na Escala Verbal os pontos fortes destacaram-se nos subtestes, Vocabulário, situados no intervalo Médio, acima da Média, implicam a capacidade de aquisição de conhecimentos, da sua compreensão e facilidade de verbalização, esta prova é influenciada pelo meio cultural e escolar; Compreensão, situados no intervalo Médio, acima da média, avaliam as capacidades de adaptação prática e o grau de aculturação social (normas e valores sociais) tornando-se relativamente independente das aquisições escolares; Semelhanças, situados na Média, avaliam a capacidade de conceptualização e de compreensão da relação entre os conceitos (raciocínio abstrato e associativo) e Aritmética, situados na Média, avaliam a capacidade de concentração, resistência à distração, raciocínio e cálculo numérico e requer memória auditiva imediata e de trabalho.

Os pontos fracos destacam-se no subteste Informação, situados no intervalo Médio, abaixo da média, requerem conhecimentos gerais, assimilação de experiências e memória a longo prazo, esta prova é influenciada pelo meio cultural e escolar.

Na Escala de Realização os pontos fortes destacam-se nos subtestes, Completamento de Gravuras, situados no nível Superior, avaliam a capacidade de percepção fina, atenção ao detalhe e a atenção do sujeito ao meio circundante; Código, situados dentro do intervalo Médio Superior, avaliam a capacidade de aprendizagem de uma tarefa nova, a concentração, a memória imediata e a coordenação grafo-perceptiva e grafo-motora; e Disposição de Gravuras, situados na Média, avaliam a percepção e compreensão de situações sociais, implicando a capacidade do sujeito para ordenar lógica e temporalmente uma situação concreta.

Os pontos fracos destacam-se nos subtestes, Cubos, situados no intervalo Médio, abaixo da média, avaliam a capacidade de análise e de síntese de figuras geométricas abstratas, capacidade de representação mental, percepção visual, estruturação espacial e coordenação motora; e Composição de Objetos, situados no intervalo Médio, abaixo da média, requerem a conceptualização do todo a partir das partes e avaliam a estruturação espacial e a motricidade fina.

Sessão 5 - Avaliação informal da Leitura e Escrita (Cópia, Redação e Ditado)

A quinta e última sessão de avaliação psicológica realizou-se em junho de 2023. C apresentou-se pouco colaborante nesta sessão. Apesar de não se opor à realização das atividades propostas, bocejou, esfregou os olhos e manteve uma postura corporal rígida. Mostrou-se insegura na execução dos exercícios, colocou algumas questões “*Como se escreve alegria?*” (sic) “*Como se faz a letra F?*” (sic).

Da análise informal da Leitura e da Escrita, os resultados apontaram para um ritmo de leitura adequado à sua faixa etária, com entoação e respeito, maioritariamente, pela pontuação do texto (anexo r).

Na escrita, no Ditado e na Redação, apresentou imaturidade gráfica, dificuldades na organização do espaço, dificuldades na utilização da pontuação (nos parágrafos, acentos, pontos de exclamação, interrogação, ponto final, vírgula, ponto e vírgula e reticências); não respeitou a regra de iniciar as frases com letra maiúscula, apresentou erros ortográficos consistentes que se podem prender à pouca consolidação das aprendizagens. Alguns erros ortográficos são compatíveis com trocas que vão ao encontro de Dificuldades Específicas da Aprendizagem - Dislexia, no entanto, uma vez que os mecanismos da Leitura e da Escrita foram adquiridos há pouco tempo parece precoce levantar a hipótese do diagnóstico. Pelo que, sugere-se uma reavaliação desta área no final do 3.º ano, ou início do 4.º ano de escolaridade.

No exercício da Cópia também se verificaram erros, o que remete para algumas dificuldades de canalização e manutenção da Atenção/Concentração, bem como, parca consolidação das aprendizagens.

Ao longo dos exercícios da Escrita, no Ditado e na Redação, foi possível observar um comportamento de insegurança perante as tarefas, com solicitações constantes de ajuda para escrever palavras, bem como a constante utilização da borracha.

Outro comportamento, observado ao longo destas atividades, prendeu-se a um constante monólogo e lentificação da concretização da tarefa.

Conclusão da Avaliação Psicológica

Na Avaliação Psicológica realizada à C, através da observação efetuada e da aplicação de instrumentos de avaliação amplamente usados e cotados, foi possível aprofundar o

conhecimento relativamente ao seu Perfil de Funcionalidade, permitindo uma reflexão geral (entre todos os intervenientes) de medidas e estratégias a adotar no próximo ano letivo - tanto em contexto escolar, como em contexto domiciliário e ainda, respetivas dinâmicas familiares. Apresenta-se o seguinte sumário dos principais resultados:

- ✓ Nos Desenhos Livres e da Família (Corman, 1967), observou-se um desempenho adequado ao grupo etário, com distinção de género e gerações, evidenciando atenção ao pormenor. A análise de conteúdo, sugere uma ambivalência nas relações familiares, com personagens fragilizadas e sentimentos de ansiedade e angústia. A criança expressa o desejo de proteção, particularmente em relação à sua irmã gêmea.
- ✓ No Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR), o desempenho cognitivo situou-se no intervalo Muito Superior, no percentil 97, mostrando aptidão cognitiva significativamente acima da média.
- ✓ A Figura Complexa de Rey-Osterrieth (FCR-O; Rey, 1959), indicou resultados dentro da média, com uma pequena discrepância entre a prova Cópia e a prova Memória, considerada dentro do esperado para a idade.
- ✓ No Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III; Wechsler, 1991), o perfil cognitivo mostrou-se homogêneo, com leve superioridade na escala de Realização em comparação à escala Verbal, sem relevância clínica. Os quocientes de inteligência (QI) Verbal e de Realização ficaram nos níveis médios (percentis 55 e 65, respectivamente). O Índice de Velocidade de Processamento, no entanto, situou-se no percentil 10, indicando uma dificuldade relativa nesta área.
- ✓ A Avaliação Informal de Leitura e Escrita revelou um ritmo de leitura adequado, com entoação e respeito pela pontuação. No entanto, surgiram dificuldades na escrita, especialmente na organização espacial e no uso correto da pontuação e ortografia. Os erros ortográficos e gráficos indicam possíveis sinais de dificuldades específicas de aprendizagem, como Dislexia, embora ainda seja precoce afirmar um diagnóstico. Sugere-se reavaliação ao final do 3.º ano ou início do 4.º ano. Observou-se também insegurança e lentificação na execução das tarefas, com uso constante de borracha e busca de ajuda, sinalizando dificuldades com a Atenção e Concentração.

Tendo em conta que a C só consolidou os mecanismos de aprendizagem da leitura e da escrita nos termos do segundo ano de escolaridade, torna-se imprescindível, a implementação de intervenções psicopedagógicas que possibilitem um maior acompanhamento curricular da mesma.

3.2.3. Discussão e Reflexão da Avaliação Psicológica

Primeiramente, referir que neste caso clínico tornou-se indispensável a avaliação de determinadas áreas da vida de C, visto poderem estar comprometidas. Desta forma, revelou-se importante aplicar instrumentos para averiguar os processos de raciocínio lógico-dedutivo (não verbal); capacidade de organização perceptivo-motora, a atenção, a memória visual imediata e outros processos cognitivos associados ao funcionamento executivo, tais como o Planeamento, a Organização e a Resolução de Problemas; bem como, o seu funcionamento intelectual e emocional e respetivos mecanismos de leitura e escrita.

Os resultados revelam que C demonstrou um nível de Desenvolvimento Intelectual homogéneo, situado no Intervalo Médio. Este resultado, remete-nos para um quadro de competências cognitivas que necessitam ser trabalhadas e estimuladas, frequentemente, em contexto escolar e familiar, com a finalidade de potenciar as capacidades e Perfil de Funcionalidade da C. A implementação de rotinas diárias e um maior acompanhamento/auxílio nos estudos e atividades, são estratégias que irão aumentar significativamente o sucesso escolar da C. Por exemplo, é importante que se multipliquem oportunidades de leitura e escrita, levando à implementação de hábitos de leitura na rotina da criança.

Em relação aos trabalhos de casa, é necessário estabelecer uma rotina que inclua o local de estudo, sossegado e bem iluminado e é importante delegar tarefas de estudo solitário, de modo a promover a autonomia (Antunes, 2018)

C ao longo deste processo de avaliação psicológica, apresentou-se mais rígida nas atividades que exigiam maior esforço intelectual, e embora nunca tenha feito recusas, foi perceptível uma maior flexibilidade nas tarefas da sua preferência. Os seus melhores resultados refletem-se nas provas de carácter não-verbal. Assim, verificou-se que sempre que as atividades iam ao encontro dos seus gostos e preferências, o seu comportamento era visivelmente de maior motivação, aumentando o tempo de atenção e concentração nas tarefas, executando-as com empenho e sucesso. Sugere-se, em conteúdos que exijam um maior esforço intelectual, uma adaptação das atividades para um carácter mais lúdico e que possam corresponder aos gostos e preferências da C.

Nas provas de Leitura e de Escrita apresentou cansaço físico, bocejou e esfregou os olhos, brincou com o lápis e qualquer estímulo exterior à tarefa, era motivo para não dar

continuidade ao trabalho que desempenhava. Nesta sequência, aconselhou-se, tal como já mencionado anteriormente, a sua (re)avaliação nesta área.

A C apresentou estratégias de defesa quando as tarefas propostas não eram do seu interesse, ou sentia dificuldades na sua execução, o que condicionou e baixou os seus níveis de atenção e concentração, bem como, dificuldades ao nível da Memória de Trabalho, uma das suas estratégias foi a constante necessidade de estar a conversar comigo ou mesmo em situação de monólogo.

Segundo Tavares (2007), um apoio eficaz aos alunos resulta da consideração de diversos fatores do processo educativo, tais como o contexto em que o aluno e o professor se inserem; a dinâmica dentro do grupo-turma; níveis de dificuldades do grupo-turma; formação e competências específicas dos professores que interagem com os alunos; processos pedagógicos adequados entre outros apoios curriculares e extracurriculares.

Aconselhou-se que a dinâmica familiar esteja atenta ao desenvolvimento e percurso académico da criança, promovendo-lhe estabilidade emocional; na escola que as atividades da Leitura e da Escrita sejam consolidadas com o devido apoio específico e que sejam mobilizadas Medidas Educativas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão, em resposta às suas reais necessidades.

Para que, assim, se possa ir ao encontro do seu Perfil de Funcionalidade, contribuindo todos os intervenientes no seu processo de Educação e Aprendizagens, na promoção de um desenvolvimento biopsicossocial saudável e equilibrado da C.

Parte IV – Considerações Finais

4.1. Reflexões e Conclusões

A quarta parte do presente relatório prevê uma breve reflexão sobre a forma como o período de estágio decorreu e como se desenvolveu; sobre o cumprimento dos objetivos delineados inicialmente e porventura; uma prudência acerca das atitudes e comportamentos adotados pela Estagiária.

A possibilidade (ou obrigatoriedade) do estágio ter ocorrido em duas valências beneficiou-me na integração de duas áreas de atuação, ambas promotoras do bem-estar, ajustadas ao Perfil de Funcionalidade das crianças, às necessidades das famílias em busca do equilíbrio biopsicossocial.

Tornou-se uma mais-valia, durante o estágio, compreender o papel e as funções desempenhadas pelo/a Psicólogo/a na entidade promotora do estágio; bem como este interfere na promoção e prevenção da saúde física, da saúde mental e na inclusão das crianças na sociedade. Foram diversas as aprendizagens adquiridas e os desafios diários inerentes à prática de uma Estagiária em ambas as valências; porém superados positivamente. Não obstante, ter sido complexo conciliar a vida profissional; o estágio em dois serviços; a universidade; a dinâmica familiar; os diferentes horários e deslocações a cumprir que de certa forma, se classificaram como fatores stressantes, dispendiosos e desgastantes.

A Abordagem Centrada na Família revelou-se essencial durante o período de estágio, nomeadamente no acompanhamento e avaliação das diversas crianças referenciadas - em ambas as valências. Esta abordagem permitiu-me compreender a criança no seu contexto relacional mais amplo, reconhecendo que o desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental é profundamente influenciado pela dinâmica familiar. Ou seja, o envolvimento das famílias nos processos de acompanhamento e avaliação psicológica, permitiu-me obter uma visão mais holística dos fatores que impactam o bem-estar da criança, como os padrões de comunicação, as relações afetivas e os estilos parentais. Esse enfoque, também facilitou a construção de intervenções mais eficazes e colaborativas (entre as equipas), permitindo não só a observação dos sintomas individuais da criança, mas também a consideração dos fatores familiares que podem estar a contribuir para algumas das dificuldades apresentadas. Dessa forma, a abordagem centrada na família foi crucial para uma compreensão mais completa e para intervenções mais direcionadas e contextualizadas.

Apesar de algumas dúvidas, inseguranças e receios manifestados, face à inexperiência na área e ao desafio de estar mais autónoma em campo profissional, tornou-se um período de

clara oportunidade de crescimento profissional e pessoal, refletido numa responsabilidade acrescida que requereu muito estudo, trabalho, organização e dedicação.

Torna-se fundamental proceder ao agradecimento das Psicólogas Orientadoras da Equipa Local de Intervenção (ELI) e do Centro de Recursos para a Inclusão (CRI). Ambas supervisionaram o período de estágio e mantiveram disponibilidade constante para auxiliar. Foi gratificante contar com o acolhimento e apoio das Equipas Multidisciplinares, uma vez que a discussão dos casos e a partilha de conhecimentos teóricos e práticos, permitiram uma maior consolidação e aquisição de competências. Ressalva-se, igualmente, o acolhimento por parte dos contextos e comunidades educativas (creches, jardins de infância, escolas, educadores, docentes, não-docentes).

A relação estabelecida com todas as crianças e famílias referenciadas, no âmbito da intervenção precoce e do centro de recursos para a inclusão, permitiu uma maior consciencialização às diversas problemáticas e ao foco necessário quanto à saúde física, à saúde mental, à promoção e implementação das medidas e práticas inclusivas.

Reforçam-se como limitações, as diversas greves nacionais dos Docentes e Não-Docentes, durante o período de estágio (2022-2023), pois em certa parte, interferiram na real concretização das atividades planificadas na Equipa Local de Intervenção (ELI) e Centro de Recursos para a Inclusão (CRI). Por vezes, as escolas estiveram encerradas; noutras situações e face às greves contantes, as crianças não se encontravam presentes nos contextos educativos. Foi visível o desgaste sentido pela comunidade educativa; a falta de recursos humanos (Professores, Técnicos, Terapeutas, Psicólogos, Assistentes Operacionais); as condições precárias/degradações dos edifícios escolares; as salas de aula superlotadas (pré-escolar e primeiro ciclo); a falta de suporte administrativo; a insatisfação com os salários e desigualdades salariais entre a comunidade educativa; a revolta com o congelamento das carreiras dos Docentes; as políticas educacionais estagnadas ao longo dos anos que impedem o avanço na qualidade do ensino; entre outras preocupações manifestadas ao longo do ano letivo em questão.

Conclui-se e defende-se que o período de estágio foi superado com êxito, tendo a minha presença, contribuído para um bom funcionamento das duas respostas sociais. Tratou-se de uma experiência singular, enriquecedora e desafiante, todavia com motivação, gosto e empenho pelo trabalho desenvolvido com as crianças e respetivas famílias, dada a identificação com o modelo e práticas estabelecidas, nomeadamente, o Modelo Centrado na Criança e na Família.

Encerra-se assim uma etapa de estágio com a devida consolidação de conhecimentos teóricos e práticos para o futuro exercício da profissão, com novas aprendizagens, desafios e formação contínua.

Referências Bibliográficas

- Afonso, P., Figueira, M. L., Teixeira, J. M., & Palha, A. P. (2018). *Manual de psicofarmacologia na prática clínica*. Lidel - Edições Técnicas.
- Agostinho, M.; Rebelo, L. (1988). *Família: do conceito aos meios de comunicação*.
Revista Portuguesa de Saúde Pública. 5 (32). Pp.18-21, Lisboa.
- Aires, J. M. (2003). Exame Psicológico da Criança em Idade Escolar (6 aos 12 anos)
Provas Complementares. Porto: Instituto de Psicologia Aplicada e Formação.
- Alarcão, M. & Relvas, A. (2002). *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, I. C. (2004). *Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade?* (p. 65). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.12/5956>
- Alves, L. M. (2020). Erik Erikson: Os estágios psicossociais do desenvolvimento. *Ensaio e Notas*.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª ed.). Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª-TR). Climepsi Editores
- Anderson, P., Anderson, V. e Garth, J. (2001). Assessment and Development of
Organizational Ability: *The Rey Complex Figure Organizational Strategy Score* (RCF-OSS). *The Clinical Neuropsychologist*, 15(1), 81-94.
- Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP). (2023). *Autismo: Sinais de Alerta*.
- ANIP. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância. Um guia para Profissionais*
- Antunes, N. (2018). *Sentidos* (5ª ed.). Lua de Papel.
- APPACDM Setúbal. (2016). *Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental*. <https://www.appacdmsetubal.pt/>
- APPACDM Setúbal. (2018). *Código de Ética e Conduta*.

APPACDM Setúbal. (2017). *Estatutos*.

APPDA Lisboa - Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo. (s.d.). *APPDA Lisboa*. <https://www.appda-lisboa.org.pt/>

Bairrão, J. (2001). Early intervention in Portugal. In E. Bjorck-Akesson, & M. Granlund (Eds), *Proceedings from the International Research Symposium: Excellence in Early Childhood Intervention*. Malardalen University, Vasteras, Sweden, Oct., 1999

Borges, P., Costa, I., Ferreira, C., Gil, I., Carvalhão, I., Fernandes, S., & Verissimo, M. (2012). Escalas de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths - Adaptação para a População Portuguesa. *Actas Do 12º Colóquio de Psicologia E Educação*.

Borrell-Carrio, F., Suchman, A., & Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>

Buyse, & Wesley, P.W. (2005). *Consultation in Early Childhood Settings*.
Baltimore,MD: Brookes.

Caffarra, P., Vezzadini, G., Dieci, F., Zonato, F., & Venneri, A. (2002). Rey-Osterrieth complex figure: normative values in an Italian population sample. *Neurological Sciences*, 22(6), 443–447. <https://doi.org/10.1007/s100720200003>

Campos, D. M. (2013). *O Teste do Desenho como Instrumento de Diagnostico da Personalidade* (45ª ed). Petrópolis: Vozes.

Capretz, N., Nunes, C. C., Cristine, M., & Rios, K. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas Em Psicologia*, 16(2), 215–229.

Care & Pharma – Centro Terapêutico. (2023). *Crise e Birras no Autismo*.

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.

Centro de Recursos para a Inclusão. (2023). *Inclusão a Torto e a Direito - Os Atuais Desafios da Escola para Todos*.

- Cia, F., Williams, L. C. de A., & Aiello, A. L. R. (2005). Influências paternas no desenvolvimento infantil: revisão da literatura. *Psicologia Escolar E Educacional*, 9(2), 225–233. <https://doi.org/10.1590/s1413-85572005000200005>
- CLDS 4G Sesimbra. (2023). *Divórcio pode acontecer de forma saudável*.
- Coelho, C. (2016). *A Síndrome de Down*. Psicologia.PT, O Portal dos Psicólogos.
- Cohen, J. (2014). *Testagem e avaliação psicológica Introdução a testes e medidas*. (8ª ed.). Artmed.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2014). *Igualdade de Género em Portugal 2014*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género .
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. (2023). *Formação Profissional de CPCJ*.
- Costa, A. (2017). *Prematuridade e Desenvolvimento: Ambiente Familiar e o Perfil Desenvolvimental de um Grupo de Crianças Nascidas Prematuramente*. [Dissertação de Mestrado. Universidade Católica do Porto, Faculdade de Educação e Psicologia]. Repositório Institucional da Universidade Católica do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.14/22870>
- Cunha, J. (2007). *Psicodiagnóstico-V*. (5ª ed.). Artmed.
- Decreto-lei n.º 9/85, de 09 de janeiro do Ministério das Finanças e do Plano e do Trabalho e Segurança Social, publicado em Diário da República n.º 7/1985, Série I de 1985-01-09, páginas 38-39
- Decreto-Lei n.º 3/2008 de 07 de janeiro por Ministério da Educação, publicado em Diário da República n.º 4/2008 Série I de 2008-01-07, páginas 154-164
- Decreto-Lei n.º 281/2009 do Ministério da Saúde (2009). Diário da República: II Série, n.º 193. <https://files.dre.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>
- Decreto-Lei n.º 54/2018 do Ministério da Educação (2018)*. Diário da República: I Série, n.º 54. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/12900/0291802928.pdf>
- Dessen, M. A., & Polonia, A. D. C. (2007). A família e a escola como contextos de

- desenvolvimento humano. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 17, 21-32.
- Despacho n.º 6/83, alínea 1, n.º 6, de 4 de maio de 1983, publicado em Diário da República n.º 116, Série II de 20 de maio de 1983
- Despacho Conjunto n.º 891/99 de 19 de outubro por Ministério da Educação, publicado em Diário da República n.º 244/1999, Série II de 1999-10-19
- Direção Geral da Educação. (2018). Para uma Educação Inclusiva - *Manual de Apoio à Prática*
- Direção-Geral da Educação, & Direção de Serviços de Educação Especial e de Apoios Socioeducativos. (2015). *Avaliação das Políticas Públicas – Inclusão de Alunos com Necessidades Educativas Especiais: O Caso dos Centros de Recursos para a Inclusão*. Editora CERCICA.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Brookline Books.
- Dunst, C. & Bruder, M. (2002). *Valued outcomes of service coordination - Early intervention and natural environments*. (3ª ed.) Exceptional Children.
- Espirito Santo, H. (2013). Manual de neuropsicologia. Coimbra: HeleniumPres.
- Espirito-Santo, H., Lemos, L., Ventura, L., Moitinho, S., Pinto, A. L., Rodrigues, F., & Daniel, F. (2015). Teste da Figura Complexa de Rey-Osterrieth.
- European Agency for Development in Special Needs Education (EADSNE). (2010). *Intervenção Precoce na Infância: Progressos e desenvolvimentos*
- EuroPsy (2015). Regulamento da EFPA sobre o EuroPsy e Apêndices. *European Federation of Psychologists Associations*.
- Federação Nacional da Educação (FNE). (2023). *Comunicado FNE - 30 julho 2023*. *Fne.pt*. https://fne.pt/pt/noticias/go/comunicados-comunicado-fne---30-julho-2023?utm_source=chatgpt.com
- Federação Nacional da Educação. (2023). Professores e Educadores em Greve pela

Federação Portuguesa de Autismo. (2021). *Autismo: o que é...*

<https://www.fpda.pt/autismo-o-que-e>

Francis, N. H., & Kritsonis, W. A. (2006). A Brief Analysis of Abraham Maslow's Original Writing of Self-Actualizing People: A Study of Psychological Health. *National Journal of Publishing and Mentoring Doctoral Student Research*, 3(1).

Franco, V. (2011). *A inclusão começa em casa*. In D. Rodrigues (Ed.), *Educação Inclusiva – Dos conceitos às práticas de formação* (pp. 157-170). Lisboa: Instituto Piaget.

Freire, S. (2008). Um olhar sobre a inclusão. *Revista de Educação*, 5-20.

FPDM. (2001). *Federação Portuguesa para a Deficiência Mental*.

<https://humanitas.org.pt/>

Gabinete de Estudos OPP. (2018). *A Necessidade e o Papel dos Psicólogos no Contexto Educativo. Parecer da OPP*. Lisboa

Gomes, A. P. (2006). A importância da resiliência na (re) construção das famílias com filhos portadores de deficiência: *o papel dos profissionais da educação/reabilitação*.

Gomes, L. C., & Bellini, L. M. (2009). Uma revisão sobre aspectos fundamentais da teoria de Piaget: possíveis implicações para o ensino de física. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, 31(2), 2301.1–2301.10. <https://doi.org/10.1590/s1806-11172009000200002>

Graig, G. J. (1996) *Human development*. New Jersey: Prentice-Hall

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.

Healy, K. (2016). A Theory of Human Motivation by Abraham H. Maslow (1942) – reflection. *British Journal of Psychiatry*, 208(04), 313. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179622>

Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do*

- pensamento rogeriano*. Lisboa: Edual.
- Hoffman, L., Richards, R., & Pritzker, S. (2017). Creativity in the Evolution of Humanistic Psychology. *In Humanistic Psychology Current Trends and Future Prospects*. Routledge.
- Jomtien. (1990). Declaração Mundial sobre Educação para Todos: *satisfação das necessidades básicas de aprendizagem*
- Jorge, A. M., Eusebio, S., & Lopes, F. (2016). Resiliência das Famílias com Filhos Deficientes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Revista INFAD de Psicologia., 1(1), 170. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v1.360>
- Keizer, R., Dykstra, P. A., & Poortman, A.-R. (2010). The transition to parenthood and well-being: The impact of partner status and work hour transitions. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 429–438. <https://doi.org/10.1037/a0020414>
- León, V., Bosa, C., Hugo, C., & Hutz, C. S. (2004). Propriedades psicométricas do perfil psicoeducacional revisado: PEP-R. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 3(1), 39-52.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., Hannay, H. J. e Fischer, J. S. (2004). Neuropsychological Assessment (4.^a Ed.). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Lima, C. (2015). *Perturbações do Neurodesenvolvimento: Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Machado, M. M., Coelho Henriques dos Santos, P., & Espe-Sherwindt, M. (2017). Envolvimento participativo de famílias no processo de apoio em Intervenção Precoce na Infância. <http://dx.doi.org/10.17346/se.vol23.280>
- Manual. Avaliação Psicológica, 4(2), 199-201. Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica. Ribeirão Preto, Brasil.
- Maree, J. G. (2022). The psychosocial development theory of Erik Erikson: critical overview. *In The Influence of Theorists and Pioneers on Early Childhood Education*. Routledge.
- Margarida, R. M. C. S. R., Bonança, C. S., Castanho, M. D. G. B., & Morgado, E. G.

- (2022). O Decreto-Lei N.º 54/2018: um desafio para a inclusão. *Cadernos de Educação Tecnologia e Sociedade*, 15(se1), 135-143.
- Marjoribanks, D., 2016. Happy Families? Family Relationships in the UK Today. Relate. Recuperado através: https://www.relate.org.uk/sites/default/files/the_way_we_are_now_-_happy_families.pdf
- McWilliam, R. A. (2010). *Routines- based early intervention: Supporting young children and their families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- McWilliam, R. A. (Org.), (2012). *Trabalhar com Crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Porto Editora.
- Monteiro, M. & Santos, M. R. (1996). *Psicologia*. 1º volume. Porto: Porto Editora
- Montenegro, A. (1974). Dislexia-Disortografia. *Investigação Psicopedagógica na Escola Primária*. Coimbra. Coimbra ed., 1974. (Tese de doutoramento)
- Morgado, A. M., Dias, M. da L. V., & Paixão, M. P. (2013). O desenvolvimento da socialização e o papel da família. *Análise Psicológica*, 31(2), 129–144. <https://doi.org/10.14417/ap.751>
- Moura, O. (2024). Fatores neurobiológicos. *Portal da Dislexia*. <https://dislexia.pt/fatores-neurobiologicos/>
- Nações Unidas. (1995). *Normas sobre igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Neuroinsight. (2022). *Dislexia – Compreender com a Neurociência*.
- Nogueira, J. H., & Rodrigues, D. A. (2007). *Avaliação do impacto da escola especial e da escola regular na inclusão social e familiar de jovens portadores de deficiência mental profunda*. Educação (Santa Maria. Online), 32(2), 271-299.

- Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica. (2022). *A intervenção necessária com as crianças e jovens vítimas de violência doméstica: protocolos de atuação intersectorial e a nova resposta* – Reflexão acerca do panorama nacional.
- Oliveira, N. H. D. (2009). *Recomeçar: Família, filhos e desafios*. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica.
- OMS (2004). *CIF. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
- OMS (2016). *Parto Prematuro*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2019). *Aviso n.º 8456/2019*. Diário da República, Série II, n.º 94/2019.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). *Contributo OPP - O Papel e Importância dos Psicólogos na Intervenção Precoce*. Lisboa
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023). *Intervenção Psicológica junto de Pessoas com Deficiência – Recomendações para a Prática Profissional*.
- Osemeke, M., & Adegboyega, S. (2017). Critical Review and Comparism between Maslow, Herzberg and McClelland's Theory of Needs. *Funai Journal of Accounting - Business and Finance*, 1(1), 161–173.
- Osterrieth, P. A. (1944). *Le test de copie d'une figure complexe: Contribution à l'étude de la perception et de la mémoire* [The test of copying a complex figure: A contribution to the study]. *Archives de Psychologie*, 30, 206-356.
- Pasquali, L., Wechsler, S. M., & Bensusan, E. (2002). *Matrizes Progressivas do Raven Infantil: Um estudo de validação para o Brasil*. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 95-110.
- Pereira, C. C. V. (2011). Autismo e Família: Participação dos Pais no Tratamento e Desenvolvimento dos Filhos Autistas. *Revista de Ciências Da Saúde Nova Esperança*, 9(2), 52–59. <https://doi.org/10.17695/revnevol9n2p52>
- Pereira, F., Crespo, A., Trindade, A.R. Cosme, A., Croca, F., Breia, G., & Fernandes, R.

- (2018). *Para uma educação inclusiva: Manual de apoio à prática*. Lisboa: Ministério da Educação. Direção-Geral da Educação.
- Pereira, M. D. (2023). Desenvolvimento emocional na educação de alunos disléxicos: desafios para políticas públicas no Brasil. *Revista Thema* , 22(2).
- Pereira, M. D., & Silva, J. P. (2024). Um Olhar Sobre o Impacto Emocional da Dislexia na Infância: O papel da Inteligência Emocional. *Interfaces Científicas - Humanas E Sociais*, 12(2), 86–100. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2024v12n2p86-100>
- Piaget, J. (1964). Cognitive development in children: Piaget development and learning. *Journal of Research in Science Teaching*, 2(3), 176–186. <https://psychscenehub.com/wp-content/uploads/2021/03/Piaget-Cognitive-Development-in-Children.pdf>
- Pimentel, J. S., Beltrão, L., Santos, M. J. (2012). Capacitação das famílias no processo de inclusão. *Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI: Olhares Interdisciplinares*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Raimundo, M., Cerqueira, A., Gaspar, T., & Gaspar de Matos, M. (2024). An Overview of Health-Promoting Programs and Healthy Lifestyles for Adolescents and Young People: A Scoping Review. *Healthcare*, 12(20), 2094. <https://doi.org/10.3390/healthcare12202094>
- Rego, S. (2003). Teoria do desenvolvimento moral de Jean Piaget e Lawrence Kohlberg. In *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos* (pp. 75-102). Editora FIOCRUZ
- Ribeiro, G. E. & Laneiro, T. (2020). Abordagem Centrada na Pessoa: Uma Compreensão do Aconselhamento Psicológico (Counselling). *Revista de Enfermagem e Saúde Coletiva-REVEESC*, 5(2). 2-12.
- Rocca, E., & Anjum, R. L. (2020). Complexity, Reductionism and the Biomedical Model. *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient*, 1(1), 75–94. Springer Link. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5_5
- Rodrigues, D., & Nogueira, J. (2011). Educação especial e inclusiva em Portugal: fatos e opções. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 17(1), 3–20. <https://doi.org/10.1590/s1413-65382011000100002>

- Rogers, C. & Kinget, G. (1979). *Psicoterapia e relações humanas*. Belo Horizonte: Interlivros (Obra originalmente publicada em 1965).
- Rogers, C.R. (1983). *Um jeito de ser* (4ª ed.) EPU.
- Sales, F. (2017). A influência Familiar no desenvolvimento das pessoas com deficiência. *Revista Eletrônica de Ciências Da Educação*, 16(1).
- Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 475–483. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000300002>
- Santana, J. M., & Rabinovich, E. P. (2012). Concepções de cuidadores de deficiência: realidade atual e perspectivas futuras da criança com paralisia cerebral em uma abordagem centrada na família. *Saúde Coletiva*, 9(55), 24-29.
- Santos, J. A. S. (2006). Teorias da Aprendizagem: comportamentalista, cognitivista e humanista. *Revista Sigma*, 2, 97-111.
- Schaffer H. R. (1999). *Desenvolvimento Social da Criança*. Lisboa: Instituto Piaget
- Schalock, R. L. (2004). The Emerging Disability Paradigm and Its Implications for Policy and Practice. *Journal of Disability Policy Studies*, 14(4), 204–215. <https://doi.org/10.1177/10442073040140040201>
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- SNIPi-Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2015). Quem Somos. <https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back>
- SNIPi. (2023). *Relatório de Atividade 2022*. Comissão de Coordenação do SNIPi
- SNIPi. (2022). *Relatório de Atividade*. Comissão de Coordenação do SNIP
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPi). (2009). *Quem somos | Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Snipi.gov.pt. <https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back>
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao*

longo da vida. Coimbra, Portugal: Quarteto.
<https://pt.scribd.com/document/404133185/Psicopatologia-Do-Desenvolvimento-Trajectoria-in-Adaptativas-Ao-Longo-Da-Vida>

- Soares Raimundo, J., & Da Silva, R. B. (2020). Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. *Revista Mosaico*, 11(2), 109–116. <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>
- Sousa, A. P. de, & Filho, M. J. (2008). *A importância da parceria entre família e escola no desenvolvimento educacional*. Universidade Estadual Paulista.
- Sousa, G. A. L. de, Silvestre, J. G., Menuceli, G. M. de A., Cristiano, J. S., Guimarães, L. A., Freitas, E. G. G., Barbosa, A. P., Brito, T. G. de, Rodrigues, J. de A. L., & Leite, E. F. (2022). As dificuldades de aprendizagem em crianças: intervenção do psicólogo no contexto escolar. *Research, Society and Development*, 11(16), e361111638367. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38367>
- Sprinthall, N. A., & Sprinthall, R. C. (1993). *Psychology: A developmental approach* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S., & Gomes, A. A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*.
- Telles, T. C. B., Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2014). O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20(1), 13-20.
- UNESCO. (1944). Declaração De Salamanca. *Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais*
- UNICEF. (1989). Convenção Sobre os Direitos das Crianças. Adaptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990.
- Verissimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*.
- Vitório, M. (2012). *A Eficácia da APPACDM de Castelo Branco, na Inclusão de Pessoas com Deficiência Mental*. [Dissertação de Mestrado em Educação Especial.

Castelo Branco, Instituto Politécnico]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco.
<http://hdl.handle.net/10400.11/1523>

Wing, L. (1981). *Asperger's syndrome: a clinical account*. *Psychological Medicine*, 11(1), 115–129. <https://doi.org/10.1017/s0033291700053332>

World Health Organization Geneva. (2018). The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders. *Diagnostic criteria for research*.

Zanarella Cruz, M. B. (2005). WISC III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças