

PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE:

Estudo de caso de uma criança em risco
com Atraso Global do Desenvolvimento

ANA ELOISA CARNEIRO CARVALHO

Dissertação de Mestrado em Educação Especial

Orientação: Professor Doutor Nuno Cravo Barata

Julho, 2015



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

AGRADECIMENTOS

Quero nesta página expressar o meu agradecimento às pessoas que tornaram possível este momento.

Ao meu orientador, o Professor Doutor Nuno Cravo Barata, por quem tenho inestimável consideração. Obrigada por me ter acolhido sempre tão bem e me ter atendido nos mais diversos e adversos contextos. Não esquecerei. Cautelosamente, sabiamente, o silêncio e as palavras tiveram sempre um propósito. Também não esquecerei.

Ao Doutor António Vieira, à Doutora Margarida Paiva e à Dra. Olívia Carvalho, docentes que conheci nesta universidade e que contribuíram majestosamente para o meu interesse e devoção pela educação especial e pela intervenção precoce.

E agora, o meu microssistema.

Aos meus espantosos pais, por potenciarem o melhor de mim. Nunca dois seres humanos tão diferentes terão uma noção de humanismo tão igual.

À minha amada irmã, por me amar, proteger, vincular à realidade e ensinar tantas coisas. Deste-me meia vida de avanço.

Ao meu amado sobrinho e afilhado António, a minha razão. O ser humano mais capaz de me fazer feliz.

Ao Manuel João, por estar aqui comigo e querer ficar.

Ao Manuel, meu cunhado e amigo, por conservar o equilíbrio desta família.

Ao Emanuel, por me ter permitido viver sem saber o que é a diferença. Ainda hoje não sei. Por tua causa, sou uma pessoa melhor.

À Aida Varela, a única pessoa para além da minha mãe, a quem eu poderia chamar mãe. Por ser a melhor mãe que o Emanuel podia ter.

À Teresa Portilho, ao Paulo Santos e ao José Martins, amigos que a vida me deu e que eu guardo preciosamente. Sem vocês, nos dois mundos a que pertencem, eu era outra pessoa.

Obrigada.

RESUMO

Atualmente as políticas e as práticas de Intervenção Precoce regem-se pelo paradigma de intervenção transdisciplinar centrado na família e nos seus contextos naturais. A partir de um estudo de caso de uma criança em risco com AGD, procurou-se compreender se as estratégias implementadas foram eficazes na promoção de competências parentais e da autonomia da família e na criação de oportunidades para o desenvolvimento global da criança. De forma a garantir a fiabilidade das interpretações do investigador e conseqüentemente que o estudo pudesse contribuir para o aumento das reflexões sobre as políticas e as práticas da Intervenção Precoce, optou-se por utilizar diversas fontes de dados, gerando-se condições para a sua triangulação, resultante de uma simbiose inter-metodológica de cariz quantitativo e qualitativo. Concluiu-se que a inter-cooperação dos profissionais e da família e essencialmente o envolvimento da família no processo é *conditio sine qua non* para o alcance dos objetivos da Intervenção Precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Especial, Intervenção Precoce, Atraso Global do Desenvolvimento e Família.

ABSTRACT

Nowadays, the Early Intervention policies and practices are governed by the interdisciplinary intervention paradigm centered on the family and its natural contexts. Based on a case study of an at risk child with Intellectual Developmental Disorder we tried to understand if the used strategies have been effective in promoting the parenting skills, family autonomy and creation of opportunities to the overall development of the child. In order to ensure the reliability of the researcher's interpretations and so that the study could contribute to the increase in reflections on policies and practices of Early Intervention, we decided to use different sources of data, generating conditions for its triangulation, a result of an inter-methodological symbiosis of quantitative and qualitative nature. It was concluded that the inter-cooperation of professionals and family, and essentially the family involvement in the process is a *conditio sine qua non* to achieve the goals of Early Intervention.

KEYWORDS: Special Education, Early Intervention, Intellectual Development Disorder and Family.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
CAPÍTULO I – Educação Especial	12
1. Introdução	13
1.1. Enquadramento legal vigente	14
1.2. Classificação Internacional para a Funcionalidade	15
1.3. Atraso Global do Desenvolvimento	19
Síntese	25
CAPÍTULO II – Intervenção Precoce	26
2. Introdução	27
2.1. Enquadramento legal vigente	28
2.2. Critérios de Elegibilidade	30
2.3. Abordagens subjacentes às práticas de Intervenção Precoce	32
2.4. Plano de intervenção	39
2.5. Equipas transdisciplinares	43
2.6. Família	44
2.7. Sistema português de proteção à infância	47
Síntese	49
ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	50
1. Justificação e relevância do tema	51
2. Objetivos	51
3. Metodologia	51
3.1. Instrumentos utilizados na recolha de dados	54
3.1.1. Análise Documental	54
3.1.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	55
3.1.3. Inquérito por entrevista	57
3.2. Procedimentos	62
4. Estudo de caso	63
4.1. Contextualização	63
4.2. Sinalização, acompanhamento e intervenção	63
4.3. Avaliação ecológica e PIIP	66
5. Apresentação e análise dos resultados	74
5.1. Funções do corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais por referência à CIF	74
5.1.1. Funções do Corpo	74
5.1.2. Atividades e Participação	76
5.1.3. Fatores Ambientais	88
5.2. Análise de conteúdo das entrevistas	93
6. Discussão dos resultados	96
CONCLUSÃO	103
BIBLIOGRAFIA	107

ANEXOS	113
Anexo A – 1ª Autorização do Agrupamento de Escolas	114
Anexo B – Autorização do Encarregado de Educação	116
Anexo C – 2ª Autorização do Agrupamento de Escolas	118
Anexo D – Avaliação da criança pela família/Transcrição da 1ª entrevista à mãe	120
Anexo E – Inventário das rotinas da família	122
Anexo F – Programa Educativo Individual	125
Anexo G – Checklist 1	136
Anexo H – Checklist 2	142
Anexo I – Checklist 3	148
Anexo J – Transcrição da 2ª entrevista à mãe	154
Anexo K – Transcrição da entrevista à 1ª Educadora de Infância	157
Anexo L – Transcrição da entrevista à 2ª Educadora de Infância	161
Anexo M – Transcrição da 1ª entrevista à Professora de EE	165
Anexo N – Transcrição da 2ª entrevista à Professora de EE	168

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Uma visão geral da CIF	18
Figura 2. Escala genérica da CIF	19
Figura 3. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner	36
Figura 4. Exemplo do processo transacional de Sameroff e Fiese	38
Figura 5. Elementos do Ciclo de Intervenção de Simeonsson	40
Figura 6. Sistema de proteção de crianças e jovens em perigo	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Sinais de alerta que permitem identificar AGD	20
Quadro 2. Contextos de desenvolvimento em estruturas concêntricas	35
Quadro 3. Características do Estudo de Caso	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Escala das funções do corpo	56
Tabela 2. Escala das atividades e participação	56
Tabela 3. Escala dos fatores ambientais	57
Tabela 4. Guiões das entrevistas	60
Tabela 5. Avaliação ecológica	68
Tabela 6. Plano Individual de Intervenção Precoce	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Funções mentais	75
Gráfico 2. Funções do Corpo – Resultado médio global	76
Gráfico 3. Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	78
Gráfico 4. Tarefas e exigências gerais	80
Gráfico 5. Comunicação	81
Gráfico 6. Mobilidade	82
Gráfico 7. Autocuidados	85
Gráfico 8. Interações e relacionamentos interpessoais	86
Gráfico 9. Áreas principais da vida	87
Gráfico 10. Atividades e Participação – Resultado médio global	88
Gráfico 11. Apoio e Relacionamentos	90
Gráfico 12. Atitudes	91
Gráfico 13. Serviços, sistemas e políticas	92
Gráfico 14. Fatores Ambientais – Resultado médio global	92

SIGLAS E ABREVIATURAS

AGD	Atraso Global do Desenvolvimento
APA	Associação Psiquiátrica Americana
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade
CIF-CJ	Classificação Internacional da Funcionalidade – Versão para Crianças e Jovens
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DL	Decreto-Lei
EMAT	Equipa Multidisciplinar de Apoio aos Tribunais
IP	Intervenção Precoce
LPCJP	Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo
NEE	Necessidades Educativas Especiais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEI	Programa Educativo Individual
PIIP	Plano de Individual de Intervenção Precoce
QI	Quociente de Inteligência

INTRODUÇÃO

A Intervenção Precoce, na figura do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, criado pelo Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro, constitui-se por um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. São elegíveis para este apoio as crianças até aos seis anos de idade – e respetivas famílias – que apresentem condições nas «alterações nas funções ou estruturas do corpo» que limitem o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios para a respetiva idade e contexto social ou que apresentem «risco grave de atraso de desenvolvimento» pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que impliquem uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança (SNIPI, 2010).

Historicamente o conceito *risco* relaciona-se com o termo mortalidade e, segundo Horowitz, foi a partir da década de 80, com a publicação de várias pesquisas, que este conceito começou a ser associado aos estudos do desenvolvimento humano (Horowitz, 1992, citado por Sapienza & Pedromônico, 2005). Esses estudos¹ procuravam definir e identificar os fatores de risco, a fim de avaliar a sua influência no desenvolvimento de crianças e organizar intervenções direcionadas à redução de problemas de comportamento nessa população (Sapienza & Pedromônico, 2005).

As políticas que orientam o enquadramento legal supracitado assim como as práticas daí decorrentes, baseiam-se num paradigma de intervenção centrada na família onde subjaz a natureza do modelo ecológico e do modelo transacional, com os profissionais a articularem as suas práticas através de uma cultura de transdisciplinaridade e com a transversalidade dessas práticas a ser aplicada nos contextos naturais da criança, onde esta passa a maior parte do seu tempo, nomeadamente e essencialmente, nas rotinas diárias da família, cuja participação e envolvimento é imperativo para o sucesso da intervenção.

Esta intervenção, dependente do envolvimento da família, requer uma avaliação dos seus recursos e necessidades, por parte dos serviços de educação, saúde e ação social, no sentido de lhe ser disponibilizado o apoio adequado que permita a potencialização das

¹ Na década de 80, Garmezy (1991), a partir de estudos realizados com crianças, mostrou que os fatores de risco ambiental aumentavam a probabilidade da criança desenvolver uma desordem emocional ou comportamental, principalmente se já tivesse atributos biológicos e/ou genéticos comprometidos. Em 1993, Eisenstein e Sousa, a partir dos resultados das suas pesquisas, definem risco como “variáveis ambientais ou contextuais” que aumentam a probabilidade da ocorrência de algum efeito indesejável no desenvolvimento mental (Eisenstein & Sousa, 1993).

competências parentais e da sua autonomia, necessárias para a construção de interações positivas capazes de gerar oportunidades de aprendizagem para a criança e por consequência o desenvolvimento das suas capacidades.

Bronfenbrenner refere que, nos primeiros anos de vida, a aprendizagem e o desenvolvimento são uma função conjunta das características individuais e ambientais e dos processos que medeiam as interações entre a criança em desenvolvimento, as pessoas e o ambiente (Bronfenbrenner, 1996). No caso das crianças com necessidades especiais, McWilliam realça que as oportunidades de aprendizagem têm de ser concretizadas de formas ainda mais diversificadas que incluam experiências de aprendizagem nos seus ambientes naturais e rotinas diárias nos diferentes espaços, nomeadamente na creche, jardim-de-infância e em casa (McWilliam, 2003a). Para isso, é fundamental criar-se relações de cooperação entre os profissionais e a família que promovam a transversalidade das práticas em todos os contextos naturais da criança e que gerem oportunidades de capacitação parental ao nível da consciência de competências e atitudes que devem assumir.

O sucesso deste método de intervenção está dependente de muitas variáveis: da transdisciplinaridade da equipa, da cooperação entre os profissionais e a família, da transversalidade das práticas nos contextos naturais da criança e do envolvimento ativo de todos os intervenientes no processo, essencialmente da família. Tendo em conta que a eficácia da intervenção precoce prolifera das condicionantes enunciadas, o presente estudo que tem como tema “Práticas de Intervenção Precoce: Estudo de caso de uma criança em risco com AGD” pretende analisar se as práticas de intervenção precoce implementadas numa família com uma criança em risco com AGD geraram e potencializaram oportunidades para o desenvolvimento das capacidades da criança e promoveram competências parentais e a autonomia da família.

A abordagem metodológica de investigação constitui-se por um estudo de caso e o método de recolha de dados é de cariz qualitativo e quantitativo, tendo-se utilizado a análise documental, o sistema de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e o inquérito por entrevista. Optou-se por recorrer a diferentes fontes de evidência para assegurar várias “unidades de medida” do mesmo fenómeno, criando-se condições suficientes para a triangulação dos resultados e para a fiabilidade das interpretações do investigador.

A revisão bibliográfica constitui a primeira parte da dissertação, formada por dois capítulos que dizem respeito aos aspetos teóricos, concetuais e legais relacionados com o tema da investigação.

No primeiro capítulo faz-se o enquadramento legal sobre a Educação Especial, uma abordagem teórica do sistema de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e define-se Atraso Global do Desenvolvimento. No segundo capítulo procura-se fazer um enquadramento teórico e legal sobre a Intervenção Precoce e abordar alguns domínios basilares relacionados, tais como, as equipas transdisciplinares, a família e o sistema português de proteção à infância.

A segunda parte da dissertação diz respeito ao enquadramento empírico da investigação e é constituída por seis pontos: justificação do tema; objetivos; metodologia, onde se descreve os instrumentos utilizados na recolha de dados e os procedimentos; estudo de caso, que inclui a contextualização, sinalização, acompanhamento e intervenção, a apresentação da avaliação ecológica e do plano individual de intervenção precoce; apresentação e análise dos resultados; e discussão dos resultados.

Por fim, apresenta-se a conclusão do estudo, em que os resultados obtidos permitiram salientar a importância da transdisciplinaridade nas equipas de IP e da transversalidade das práticas entre os profissionais e a família e do papel preponderante desta última para o sucesso de um programa de intervenção precoce.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Introdução

O direito à educação para todos os indivíduos está inscrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. No entanto, um longo caminho se percorreu para assegurar que *todo o ser humano tem direito à instrução*, direito consagrado no Artigo 26.º da referida declaração.

Em Portugal, só em 1990, o Decreto-Lei (DL) 35/90 de 25 de janeiro estabelece no Artigo 2.º que as crianças com necessidades educativas específicas e as crianças sem essas necessidades têm o mesmo direito e dever de frequentar o ensino básico, tornando-o obrigatório para todos. Até então, os diplomas anteriores (DL 174/77, de 2 de maio e DL 84/78, de 2 de maio) sobre o regime escolar dos alunos portadores de deficiências não obrigavam que estes alunos frequentassem o ensino básico. Apenas um ano depois, o DL 319/91 de 23 de agosto aprova o regime de apoio a alunos com necessidades educativas especiais (NEE), que renova os pressupostos teóricos anteriores e introduz, ainda que suavemente, o conceito da inclusão, quando define que a intervenção deve ser realizada num meio o menos restritivo possível e que são da responsabilidade da escola regular os problemas dos alunos com deficiência ou com dificuldades de aprendizagem. Além disso este DL vem reconhecer o papel dos pais no processo educativo dos seus filhos, que até essa altura era de exclusiva responsabilidade dos professores. Em 2008 este DL foi revogado pelo DL 3/2008 de 7 de janeiro, o qual se expõe no ponto 1.1. deste capítulo.

Do contributo para a mudança de princípios, políticas e práticas na área da Educação Especial, além da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, destaca-se, no âmbito mundial, três resoluções das Nações Unidas.

Em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança reconhece às crianças com deficiência, o direito à educação e formação adequadas que lhes permitam ter uma vida plena e decente, em condições de dignidade, e atingir o maior grau de autonomia e integração social possível.

Em 1990, mais de 150 governos adotaram a Declaração Mundial sobre a Educação para Todos, que entre vários aspetos importantes, alerta, no Artigo 3.º, para a urgência da universalização do acesso à educação e da promoção da equidade, referindo a necessidade de tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo.

Em junho de 1994, a Conferência Mundial de Educação Especial realizada em Salamanca, representada por 88 governos e 25 organizações internacionais, na qual se proclamou o direito de todos os alunos integrarem o sistema regular de ensino, e, conseqüentemente, o planeamento e programação dos sistemas de educação em função da diversidade das características de cada criança, adotando-se o princípio de educação inclusiva, e se reconheceu o envolvimento da família como elemento preponderante na intervenção da criança com NEE e o seu direito ao poder de decisão nesse processo, salvaguardando-se os direitos das crianças com NEE e os direitos das famílias dessas crianças. Estava-se perante a Declaração de Salamanca, uma resolução das Nações Unidas que significou um passo gigante na fomentação da Educação Inclusiva.

1.1. Enquadramento legal vigente

Atualmente a legislação que rege a Educação Especial em Portugal é o DL 3/2008 de 7 de janeiro, orientado por um pensamento pedagógico baseado no paradigma da inclusão. Condizente com o proferido no primeiro parágrafo do preâmbulo, o DL tem o objetivo de planear “um sistema de educação flexível, pautado por uma política global integrada, que permita responder à diversidade de características e necessidades de todos os alunos que implicam a inclusão das crianças e jovens com necessidades educativas especiais no quadro de uma política de qualidade orientada para o sucesso educativo de todos os alunos.” É neste princípio da inclusão que o DL define o campo de ação da Educação Especial, o processo de referenciação, avaliação, elegibilidade e a tipologia dos alunos, na Educação Pré-Escolar e nos Ensinos Básico e Secundário dos setores público, particular e cooperativo.

Qualquer aluno pode ser referenciado para a Educação Especial por iniciativa dos pais ou encarregados de educação, dos serviços de intervenção precoce, dos docentes ou de outros técnicos ou serviços que intervêm com a criança ou jovem ou que tenham conhecimento da eventual existência de necessidades educativas especiais, como refere o ponto 2 do Artigo 5.º do DL 3/2008. Após a referenciação, compete ao conselho executivo da escola, desencadear uma série de procedimentos, entre eles, solicitar ao departamento da educação especial e da psicologia, a elaboração de um relatório técnico pedagógico que inclua os resultados decorrentes da avaliação realizada ao aluno e informação de outros documentos que constem do seu processo, obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), servindo de base à elaboração do programa educativo individual (PEI), como obriga o ponto 3 do

Artigo 5.º do DL 3/2008. No Artigo 10.º do referido diploma legal, a Lei Portuguesa, afirma o direito de participação das famílias das crianças com NEE na elaboração do PEI, assegurando a partilha do poder de decisão, entre os profissionais e a família, sobre o plano de intervenção.

No ponto 2 do Artigo 12.º elege-se a obrigatoriedade da elaboração de um programa educativo individual para os alunos com NEE permanentes; nos pontos 2 e 3 do Artigo 2.º consagra-se a obrigação de qualquer escola do setor público, particular, cooperativo e solidário aceitar a matrícula dos alunos com NEE de carácter permanente e reconhece a prioridade de matrícula para estes alunos; no ponto 2 do Artigo 3.º permite-se avançar com respostas adequadas aos alunos quando os pais não exercerem o seu direito/dever de participação; nos pontos 1, 5 e 6 do Artigo 2.º assegura-se o sigilo de todo o processo de atendimento a alunos com NEE permanentes, obrigando os profissionais ao segredo profissional e à confidencialidade de dados; o capítulo V, que se refere às modalidades específicas da educação, revela uma escola que se adapta ao indivíduo, promovendo estratégias, recursos, conteúdos, instrumentos e tecnologias que permitam a sua inclusão.

O DL salvaguarda ainda, no Artigo 27.º, os Programas de Intervenção Precoce, nomeadamente, com a criação de agrupamentos de escolas de referência para a colocação de docentes para esta valência.

1.2. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

No ponto anterior, aquando da menção ao processo de avaliação dos alunos para a sua elegibilidade para a Educação Especial, fez-se referência à obrigatoriedade da elaboração de um relatório técnico-pedagógico com referência à CIF, que se trata de um sistema de classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde, utilizada por vários setores (educação, segurança social, saúde etc.), ainda que em Portugal seja na área da educação, no âmbito da educação especial, que a CIF tem aplicabilidade formal e obrigatória, desde a entrada em vigor do DL 3/2008.

A CIF é uma das “classificações sociais das Nações Unidas, incorporada nas Normas Padronizadas para a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidades” (OMS, 2004, p. 9) e resultou da revisão da anterior Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH), publicada inicialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com carácter experimental em 1980. Após análise

dos vários estudos sistemáticos realizados e consultas internacionais, foi aprovada pela 54.^a Assembleia Mundial de Saúde, em 22 de maio de 2001, para utilização internacional, com a designação de International Classification of Functioning, Disabilities and Healthc – ICF.

Este sistema de classificação e de codificação, constitui uma forma universal para documentar e organizar a informação relevante para descrever a natureza e a severidade das limitações funcionais da pessoa, as suas experiências de vida, bem como, as características do meio que a envolve, respeitando uma perspetiva holística e sistémica do desenvolvimento do ser humano, que é resultado da relação interdependente deste com o ambiente.

A unidade de classificação corresponde a categorias dentro dos domínios da saúde e daqueles relacionados com a saúde. É importante salientar que nesta classificação, as pessoas não são as unidades de classificação, dado que a CIF não classifica pessoas, “mas descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados com a saúde. Além disso, a descrição é sempre feita dentro do contexto dos fatores ambientais e pessoais.” (OMS, 2004, p. 12)

De acordo com a OMS (2004), a CIF sustenta-se na integração de dois modelos opostos: o *modelo médico*, que considera a incapacidade como um problema da pessoa, e o *modelo social*, que considera a incapacidade principalmente um problema criado pela sociedade; e para obter as várias perspetivas de funcionalidade utiliza uma abordagem biopsicossocial. Como sistema de classificação é abrangente porque permite avaliar o funcionamento adaptativo do indivíduo de acordo com eventuais alterações ao nível das estruturas ou funções do corpo em inter-relação com os fatores ambientais, integrando a perspetiva biológica, psicológica e social. Neste sentido, Sousa (2007, p. 50) refere que mais importante do que avaliar aspetos das funções ou estruturas do corpo, é a CIF permitir que se avaliem as “limitações da atividade e as restrições da participação que o sujeito experiencia no decorrer da interação entre as suas características biopsicológicas e as características dos ambientes sociais em que se move”. Refletindo-se sobre esta última afirmação percebe-se que a CIF permite avaliar mais do que os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, é mais do que isso: a CIF permite avaliar o indivíduo como ser ativo em todo o processo, perspetivando-o como um todo e assumindo-o como o produto de fatores biológicos e de variáveis contextuais. Além da CIF avaliar a funcionalidade de um indivíduo tendo em conta características biológicas, psicológicas e ambientais, descreve-o holisticamente, integrando-o como agente ativo nesse processo.

O facto de uma das componentes da CIF se constituir pelos fatores ambientais e

que estes sejam alvo de avaliação, permite perspetivar a *funcionalidade* do indivíduo de acordo com o ambiente e as atitudes em que ele se desenvolve e isso possibilita considerar que o ambiente (e.g. família) seja alvo de intervenção. Deste modo, o ónus da *incapacidade* não recai assim apenas nos fatores biológicos e psicológicos (internos) do indivíduo, podendo recair nos seus fatores ambientais (externos) e o resultado dessa intervenção pode diminuir a *incapacidade* do indivíduo e aumentar a sua *funcionalidade* que são sempre resultado da sua interação com o ambiente. Com isto a CIF reconhece a relevância magnânima do ambiente no desenvolvimento humano.

Com múltiplas finalidades, a CIF pode servir diversas disciplinas, como está patente nos seus principais objetivos: *“proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde; estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, tais como, profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e o público, incluindo pessoas com incapacidades; permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo; proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde.”* (OMS, 2004, p.9)

A utilização da CIF enquanto ferramenta pedagógica para avaliação multidimensional da funcionalidade de crianças e jovens alertou a OMS para a urgência de uma versão mais direcionada para este público e em outubro de 2007, a OMS lançou a International Classification of Functioning Children and Youth (ICF-CY). Na língua portuguesa, existe uma versão traduzida e adaptada (CIF-CJ) com base na CIF (2003) e na ICF-CY, elaborada pelo Centro de Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, da qual constam as componentes *atividades e participação* e *fatores ambientais*. A CIF-CJ tem o objetivo de auxiliar a continuidade na identificação da funcionalidade, atividades e participação e do papel que o ambiente desempenha nas alterações do ser humano, desde a infância até à idade adulta (Sousa, 2007). As componentes das *funções do corpo* e *estruturas do corpo* continuam a classificar-se por referência à CIF por ainda não terem sido traduzidas as da versão ICF-CY e a classificação das componentes das *atividades e participação* e *fatores ambientais*, é feita de acordo com a CIF-CJ.

Relativamente à estrutura da CIF, está organizada em duas partes, com duas componentes cada. A primeira parte constitui-se pela Funcionalidade e Incapacidade que inclui as componentes das Funções do Corpo e das Estruturas do Corpo e Atividades e

Participação. A segunda parte é composta pelos Fatores Contextuais que incluem os Fatores Ambientais e os Fatores Pessoais (atualmente não classificados na CIF, dado que são descritivos e respeitam a individualidade de cada um).

De forma a facilitar a compreensão sobre o conteúdo da CIF, apresenta-se a Figura 1 (OMS, 2004, p. 14), que constitui uma vista geral da CIF.

Componentes	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Factores Contextuais	
	Funções e Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais	Factores Pessoais
Dominios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Figura 1. Uma visão geral da CIF (OMS, 2004, p. 14)

A CIF utiliza um sistema de classificação alfanumérico, no qual as letras **b**, **s**, **d** e **e** se referem às funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais, respetivamente. Estas letras são seguidas do número do capítulo, que consequentemente é seguido pelo número da categoria e se necessário pelo número da subcategoria. Assim as categorias da CIF mais detalhadas encaixam-se em categorias mais amplas, como se se tratasse de um conjunto de bonecas russas.

Cada componente contém vários domínios e em cada domínio há várias categorias, que constituem as unidades de classificação. A saúde e os estados relacionados com a saúde de um indivíduo podem ser registados através da seleção do código ou códigos apropriados da categoria e do acréscimo de qualificadores, códigos numéricos que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou da incapacidade naquela categoria, ou em que medida um fator ambiental constitui um facilitador ou um obstáculo, sendo a componente dos fatores ambientais expressa em termos positivos e negativos.

Todas as componentes da CIF usam a mesma escala genérica, representada na Figura 2. Ter um problema pode significar uma deficiência, limitação, restrição ou barreira,

dependendo do constructo” (OMS, 2004, p. 196).

xxx.0	NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante)	0-4%
xxx.1	Problema LIGEIRO (leve, pequeno...)	5-24%
xxx.2	Problema MODERADO (médio, regular...)	25-49%
xxx.3	Problema GRAVE (grande, extremo...)	50-95%
xxx.4	Problema COMPLETO (total...)	96-100%
xxx.8	Não especificado	
xxx.9	Não aplicável	

Figura 2. Escala genérica da CIF (Adaptado da OMS, 2004)

A CIF ocupa um lugar de grande relevância na presente investigação na medida em que permitiu caracterizar o perfil de funcionalidade e de participação de uma criança em risco com Atraso Global do Desenvolvimento, descrevendo as suas características ao nível das funções do corpo, atividades e participação e os facilitadores e obstáculos do meio ambiente, antes, durante e após a implementação de um plano individual de intervenção precoce (PIIP). A análise desses resultados contribuiu para avaliar a eficácia das práticas de IP consagradas nesse PIIP para a promoção do desenvolvimento global da criança e das competências parentais e autonomia da família: objetivo geral da investigação.

1.3. Atraso Global do Desenvolvimento

Após revisão bibliográfica, pode afirmar-se que o Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) é consensualmente percebido por défices significativos em vários domínios do desenvolvimento da criança, até aos cinco anos de idade, relativamente ao esperado para a idade cronológica. Os défices de desenvolvimento estão associados às áreas da motricidade, da linguagem, da cognição, das competências sociais e da autonomia e assume-se que se está perante um AGD quando esse comprometimento ocorre em duas ou mais áreas.

Ferreira, Dias e Santos (2006) definiram alguns sinais de alerta, discriminados por cada área do desenvolvimento, que permitem identificar AGD e que se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1. Sinais de alerta que permitem identificar AGD

ÁREAS DO DESENVOLVIMENTO	SINAIS DE ALERTA
Motricidade grossa	<ul style="list-style-type: none"> • Não rebolar aos cinco meses; • Não ficar sentado sem apoio aos nove meses; • Não ficar em pé com apoio aos dez meses; • Não andar sem apoio aos quinze meses; • Não saltar aos dois anos; • Não andar pé-ante-pé aos cinco anos.
Motricidade fina	<ul style="list-style-type: none"> • Não segurar e não juntar as mãos aos quatro/cinco meses; • Não transferir objetos de uma mão para a outra aos oito meses; • Ausência de pinça dedos-polegar aos dez/onze meses; • Não colocar/tirar objetos de uma caixa aos quinze meses; • Não construir uma torre de cinco cubos e não rabiscar aos dois anos; • Não esboçar uma linha reta aos três anos; • Não copiar um círculo aos quatro anos; • Não copiar um quadrado aos cinco anos.
Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> • Não falar aos cinco/seis meses; • Não dizer palavras aos dezasseis meses; • Não construir frases de duas palavras aos dois anos; • Não compreender o que lhe dizem e não falar de modo inteligível aos três anos; • Não utilizar a sintaxe correta em frases curtas aos cinco anos.
Cognição	<ul style="list-style-type: none"> • Não procurar objetos escondidos aos doze meses; • Não apontar aos doze/quinze meses; • Não mostrar interesse nos jogos de causa-efeito aos quinze/dezoito meses; • Não categorizar semelhanças aos dois anos; • Não saber o nome próprio e completo aos três/cinco anos; • Não saber contar nem saber as cores aos quatro anos; • Não saber nenhuma letras aos cinco anos.
Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Não ter sorriso social aos três meses; • Não estranhar aos dez meses; • Não aceitar mimos aos doze meses; • Agredir sem provocação aos dois anos; • Não brincar com os pares aos três/cinco anos.

Fonte: Adaptado de Ferreira, Dias e Santos (2006)

Para a Associação Psiquiátrica Americana (APA) o AGD trata-se de uma Perturbação do Neurodesenvolvimento, situada no âmbito das Incapacidades Intelectuais. No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), a APA (2014) refere que as perturbações do neurodesenvolvimento têm início no período de desenvolvimento, e na maior parte das vezes manifestam-se antes de a criança iniciar a educação escolar obrigatória (aos seis anos de idade) e são caracterizadas por défices do desenvolvimento que se manifestam em limitações a nível pessoal, social, académico e ocupacional. Estes défices do desenvolvimento podem oscilar entre “*limitações muito específicas da aprendizagem ou controlo de funções executivas, até défices globais de inteligência ou das capacidades sociais.*” (APA, 2014, p. 35)

Dado que a APA enquadra o AGD no domínio das incapacidades intelectuais, torna-se relevante definir “incapacidade intelectual” para perceber a relação entre os dois conceitos. De acordo com a APA (2014, p.35), a Incapacidade Intelectual “*carateriza-se por défices nas capacidades mentais gerais, como o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o discernimento, aprendizagem académica e a aprendizagem pela experiência.*” Estes défices comprometem o funcionamento adaptativo, nos domínios conceptual, social e prático, dificultando ou impedindo o indivíduo de adquirir os padrões de independência e responsabilidade social esperados para a idade cronológica, ao nível da comunicação, participação social, funcionamento académico ou ocupacional e independência pessoal (APA, 2014). O diagnóstico de Incapacidade Intelectual, de acordo com a APA (2014, p. 38) tem de cumprir três critérios:

- A. Défices em funções intelectuais como o raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, discernimento, aprendizagem académica e aprendizagem pela experiência, confirmados tanto por avaliação clínica como por testes de inteligência individualizados e estandardizados.
- B. Défices no funcionamento adaptativo que resultam na falha em atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social. Sem suporte contínuo, os défices adaptativos limitam o funcionamento numa ou mais atividades da vida diária, como comunicação, participação social e subsistência independente em múltiplos ambientes como casa, escola, trabalho e comunidade.
- C. Início dos défices intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento.

A APA, no DSM-5, apresenta níveis de gravidade da incapacidade intelectual que foram definidos de acordo com o funcionamento adaptativo do indivíduo, uma vez que é isso que determina o nível de suporte (ajuda) que esse indivíduo requer. Este facto vem trazer uma alteração importante relativamente ao DSM-IV, que fazia corresponder os níveis de gravidade aos valores de Quociente de Inteligência (QI). Com esta mudança há um reconhecimento da importância do indivíduo enquanto agente ativo no seu desenvolvimento e, de forma subentendida, da relevância que os fatores ambientais têm na construção do indivíduo, em detrimento das suas capacidades cognitivas: passou a avaliar-se a capacidade de adaptação às situações para que seja organizado um suporte de acordo com as necessidades, independentemente do que as determina.¹ Quanto ao AGD, este é “*reservado para indivíduos com idade inferior a 5 anos, quando o nível de gravidade clínica não pode ser avaliado com segurança durante a primeira infância.*” (APA, 2014, p.47) Atribui-se a categoria de AGD quando um indivíduo não consegue alcançar objetivos esperados, para a idade cronológica, em várias áreas do funcionamento intelectual e “*aplica-se a indivíduos que são incapazes de submeter-se a avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças que são demasiado novas para cooperar em testes estandardizados. Esta categoria requer*

reavaliação após um certo período de tempo.” (APA, 2014, p.47)

Face ao exposto, compreende-se o enquadramento do AGD no âmbito das incapacidades intelectuais, pela APA, na medida em que há défices do AGD que cumprem critérios de Incapacidade Intelectual. Contudo, em crianças com idade inferior a cinco anos – fase em que todas as áreas do desenvolvimento estão em construção e em ascensão, influenciando-se mutuamente – a incapacidade terá sempre de ser perspectivada holisticamente, não sendo possível avaliar-se o domínio da “incapacidade intelectual” de forma isolada e independente de todos os outros domínios que integram o seu desenvolvimento.

Dado que o AGD se manifesta por défices em várias áreas do desenvolvimento, habitualmente com repercussões sociais, cognitivas e académicas, para que o seu diagnóstico seja o mais completo possível deve ser realizado por uma equipa transdisciplinar de profissionais, desde a saúde à educação, em conjunto com a família. Para sustentar esta ideia, refere-se a opinião de Ferreira (2004, p. 704) sobre o diagnóstico de AGD “estabelecida a existência de um atraso global do desenvolvimento da criança, é necessária uma avaliação e caracterização detalhadas”, sendo que para que isso seja possível o diagnóstico deve ter a participação de profissionais de vários domínios e da família. Reunida a informação necessária a respeito da criança que defina as suas áreas fortes e as áreas mais problemáticas, é fulcral planear a intervenção mais adequada às suas necessidades (Boavida, Nogueira, & Borges, 2002).

Atualmente a CIF é um sistema de classificação muito utilizado para o processo de avaliação de AGD, pela sua estrutura multidimensional, que permite descrever a criança como um todo, desde as suas características biológicas, a sua interação com o meio, as suas atitudes e as atitudes dos indivíduos que constituem o seu ambiente familiar e social e as próprias características dos espaços físicos onde interage, entre outros aspetos. Baseado no modelo biopsicossocial, este sistema de classificação permite avaliar as várias dimensões que constroem o desenvolvimento humano e intervir adequadamente nas dimensões que onde decorrem limitações, sendo que o *focus* dessa intervenção pode ser o próprio indivíduo e/ou os seus fatores ambientais.

Assim, a CIF parece-nos constituir a classificação mais apropriada, completa e capaz de facultar aos profissionais envolvidos no processo e à família, uma perspetiva integral da criança que permita a planificação de uma intervenção adequada, nomeadamente no caso das crianças com AGD. Neste sentido, Ferreira (2008, citada por DGIDC, 2008, p.17) considera que a CIF-CJ “é mais do que um mero somatório das informações provenientes das várias disciplinas” que permite aos profissionais envolvidos

“no processo de avaliação e de intervenção elaborarem uma visão holística da criança e jovem em contexto e, dessa forma, contribuir para o desenho das intervenções que mais otimizem os fatores de funcionalidade e perspetivem a participação numa ótica inclusiva”.

A intervenção numa criança com AGD deve pautar-se, principalmente, por promover estratégias que potenciem as suas capacidades sociais, cognitivas e académicas durante a infância – fase de maior potencial e aprendizagem durante a vida de um indivíduo – e que assim reduzam a incapacidade ou limitação de uma área ou várias áreas do desenvolvimento, mais improvável de ultrapassar, após esse período.

Aquando do diagnóstico de AGD, entre outras medidas que se poderão recomendar, a principal é optar pela inclusão da criança num JI, no caso desta ainda não estar a frequentar um programa pré-escolar. A Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar (DL 5/97 de 10 de fevereiro) preconiza, no Artigo 10º, nove objetivos gerais que têm como finalidade o desenvolvimento global da criança:

- a) Promover o desenvolvimento pessoal e social da criança com base em experiências de vida democrática numa perspectiva de educação para a cidadania;
- b) Fomentar a inserção da criança em grupos sociais diversos, no respeito pela pluralidade das culturas, favorecendo uma progressiva consciência do seu papel como membro da sociedade;
- c) Contribuir para a igualdade de oportunidades no acesso à escola e para o sucesso da aprendizagem;
- d) Estimular o desenvolvimento global de cada criança, no respeito pelas suas características individuais, inculcando comportamentos que favoreçam aprendizagens significativas e diversificadas;
- e) Desenvolver a expressão e a comunicação através da utilização de linguagens múltiplas como meios de relação, de informação, de sensibilização estética e de compreensão do mundo;
- f) Despertar a curiosidade e o pensamento crítico;
- g) Proporcionar a cada criança condições de bem-estar e de segurança, designadamente no âmbito da saúde individual e colectiva;
- h) Proceder à despistagem de inaptações, deficiências e precocidades, promovendo a melhor orientação e encaminhamento da criança;
- i) Incentivar a participação das famílias no processo educativo e estabelecer relações de efectiva colaboração com a comunidade.

Além do papel inquestionável do JI no desenvolvimento da criança e de outros apoios educativos e terapêuticos que se podem disponibilizar, a família, constituindo o primeiro contexto que a criança conhece e o primeiro com que estabelece interações, tem um papel preponderante e intransponível no âmbito da intervenção. Muitas vezes, é a família que deteta que a criança apresenta alguns défices em relação à idade cronológica, competindo a si intervir o mais precocemente possível.

Para que qualquer criança atinja o auge das suas capacidades, independentemente do contributo dos fatores biológicos, é *conditio sine qua non* que seja estimulada e esse papel está a cargo dos fatores ambientais (principalmente a família). No caso de uma

criança com NEE, a família assume um papel ainda mais relevante no sucesso das aprendizagens da criança, competindo aos pais proporcionar o ambiente adequado à criação de oportunidades de aprendizagem.

Síntese

O primeiro capítulo constitui-se por uma abordagem ao percurso concetual da Educação Especial no âmbito internacional e nacional; pelo enquadramento legal vigente que regulamenta a Educação Especial em Portugal; pela menção à CIF, enquanto referência obrigatória no processo de avaliação para elegibilidade dos alunos da Educação Especial; e a concetualizações sobre AGD e possíveis estratégias de intervenção.

2. Introdução

A presente investigação incide num estudo de caso de uma família com uma criança em *risco* com AGD com quatro anos de idade, encontrando-se, assim, dentro da faixa etária (dos zero aos seis anos) do público-alvo do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância², que é constituído por um conjunto de serviços, apoios e recursos da área da educação, saúde e ação social, destinados à criança, pais e família, no sentido de capacitar a família como um todo.

Segundo Ferreira (2000, p.156), *risco* significa “perigo ou possibilidade de perigo, ou de prenúncio de um mal ou aquilo que provoca tal circunstância ou mesmo aquilo que inspira cuidados”. Referir que uma criança está em *risco*, significa que está ou esteve sujeita a condições adversas genéticas ou contextuais, sendo que o *risco* pode ser proveniente de fatores biológicos (e.g. doenças genéticas) ou fatores ambientais (e.g. falta de estimulação da família).

Segundo Guralnick (1998), a extrema vulnerabilidade das crianças em *risco* apresentarem problemas de desenvolvimento, devido a fatores ambientais e biológicos, bem como das crianças com problemas de desenvolvimento já estabelecidos, constituía uma problemática que tinha vindo a ser reconhecida e valorizada nas últimas décadas. A par da opinião de Guralnick, ocorria uma crescente consciência política relativamente à necessidade de se criar dispositivos legais e implementar práticas direcionadas à família, da qual se destaca, no âmbito internacional, a Lei Pública Americana 99-457. A aprovação desta lei, em 1986, determinou o acesso gratuito e adequado ao ensino público de crianças em idade pré-escolar com necessidades especiais, conferiu incentivos financeiros aos estados que prestassem serviços a crianças e bebés dos zero aos três anos, com atraso de desenvolvimento ou em *risco* de o desenvolver, criando, desta forma, a necessidade de desenvolver estes serviços (onde não existiam) e operar mudanças naqueles que existiam (McWilliam, 2003). Além disso, veio exigir a criação de um programa oficial geral e englobante com coordenação multidisciplinar e inter-serviços, para todas as crianças com deficiência e suas famílias, designado de Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF). Nos anos seguintes, a revogação desta Lei³ vem dar destaque à importância da intervenção baseada nos ambientes naturais da criança, nomeadamente no seu lar, na creche, nos jardins-de-infância, etc. A pesquisa⁴ realizada nas últimas décadas no âmbito do desenvolvimento humano tem classificado o

² Criado pelo DL 281/2009 de 6 de outubro, enquadramento legal que atualmente rege a Intervenção Precoce.

³ PL 101-576 em 1990 e PL 102-119 em 1991

⁴ Como são exemplos o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner e o Modelo Transacional de Sameroff e Chandler que serão abordados no âmbito desta investigação.

ambiente em que a criança se desenvolve e as respectivas interações que se estabelecem nos primeiros anos de vida, como fomentador ou barreira do processo de aquisição e promoção das capacidades básicas necessárias para o seu desenvolvimento, dado que esse é o período ótimo de aprendizagem das informações sociais, emocionais e cognitivas. No caso das crianças com NEE é ainda maior a influência das interações entre a criança e o ambiente na criação de oportunidades para a aquisição dessas informações que conseqüentemente levam a uma estabilização de determinadas características e desenvolvimento de outras. Ramey e Ramey (1998) referem que as crianças portadoras de determinados atributos biológicos deficitários em contacto com variáveis ambientais adversas, têm ainda maior probabilidade de apresentar distúrbios ou atraso no desenvolvimento. A corroborar esta ideia, Santos e Pacheco referem que se a família falhar na proteção e estímulos que der à criança com necessidades específicas, as probabilidades de prejuízo dos processos do desenvolvimento neurobiológico e psicológico aumentam exponencialmente, tendo repercussões negativas permanentes no processo desenvolvimental (Santos & Pacheco, 2012).

A Intervenção Precoce visa prestar um serviço multidisciplinar a crianças com NEE ou com risco de AGD e às respetivas famílias de forma a promover oportunidades de desenvolvimento para as crianças e oportunidades de aquisição e promoção de competências parentais e autonomia para a família. Neste sentido, em 1999, o Despacho Conjunto do Ministério da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade nº 891/99 que veio regulamentar a Intervenção Precoce durante dez anos, define-a como "(...) *uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da ação social, com vista a: a) Assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento; b) Potenciar a melhoria das interações familiares; c) Reforçar as competências familiares com suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência*".

2.1. Enquadramento legal vigente

Atualmente a legislação que regulamenta a IP é o DL 281/2009 de 6 de outubro, que vem criar um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), na sequência dos princípios vertidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do 1º Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua

participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. O SNIPI é desenvolvido através da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade, consistindo num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar. A IP deverá assentar na universalidade do acesso, na responsabilização dos técnicos e dos organismos públicos e na correspondente capacidade de resposta, instituindo-se três níveis de processos de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento da criança e da adequação do plano individual para cada caso: o nível local das equipas multidisciplinares com base em parcerias institucionais, o nível regional de coordenação e o nível nacional de articulação de todo o sistema (DL 281/2009).

O SNIPI, tal como se encontra delimitado nos termos do referido DL, tem como objetivos declarados no Artigo 4.º:

- a) Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional;
- b) Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;
- c) Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

À semelhança do Plano Individual de Intervenção (PII) do Despacho conjunto nº 891/99, o DL 281/2009 prevê a construção de um Plano Individual da Intervenção Precoce (PIIP), que consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições. No número 2 do Artigo 8.º refere que no PIIP devem constar, no mínimo, os seguintes elementos:

- a) Identificação dos recursos e necessidades da criança e da família;
- b) Identificação dos apoios a prestar;
- c) Indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração;
- d) Definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respectivas capacidades de adaptação;
- e) Procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar;
- f) O PIIP deve articular-se com o PEI, aquando da transição de crianças para a frequência de jardins-de-infância ou escolas básicas do 1.º ciclo.

A IP, delineada nestes termos, é um instrumento político de suma importância, orientado para a concretização do direito à participação em sociedade das crianças entre

os zero aos seis anos, especialmente entre os zero e os três anos, com alterações nas funções do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.

2.2. Critérios de elegibilidade

São elegíveis para usufruir de apoio do SNIPI, as crianças entre os zero e os seis anos e respetivas famílias, que apresentem condições incluídas em dois grupos (SNIPI, 2010):

1 - «**Alterações nas funções ou estruturas do corpo**» que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social. São elegíveis para usufruir de apoio do SNIPI todas as crianças deste grupo.

2 - «**Risco grave de atraso de desenvolvimento**» pela existência de fatores biológicos ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança. São elegíveis para usufruir de apoio do SNIPI as crianças que apresentem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental.

O primeiro grupo, **crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo** pode dividir-se em dois subgrupos, crianças com atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida e crianças com condições específicas (WHO, 2007, citado por SNIPI, 2010), que se passa a discriminar:

Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida: abrange uma ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa), validado por avaliação fundamentada, realizada por um profissional competente para o efeito.

Condições Específicas: Baseiam-se num diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, entre outras: Anomalia cromossómica (e.g. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Fragil); Perturbação neurológica (e.g. paralisia cerebral, neurofibromatose); Malformações congénitas (e.g. síndromas polimalformativos); Doença metabólica (e.g. mucopolisacaridoses, glicogenoses); Défice sensorial (e.g. baixa visão/cegueira, surdez); Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (e.g. síndrome fetal alcoólico); Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (e.g. HIV, grupo TORCH, meningite); Doença crónica grave (e.g. tumores do SNC, D. renal, D.

hematológica); Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (e.g. perturbações do espectro do autismo); e Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.

O segundo grupo, **crianças com risco grave de atraso do desenvolvimento**, divide-se em dois subgrupos: crianças expostas a fatores de risco biológico e crianças expostas a fatores de risco ambiental (WHO, 2007, citado por SNIPI, 2010), que se passa a descrever e diferenciar:

Crianças expostas a fatores de risco biológico: Inclui crianças que estão em risco de vir a manifestar limitações na actividade e participação por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento. Baseia-se num diagnóstico relacionado com: história familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento; exposição intra-uterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso); complicações pré-natais severas (hipertensão, toxémia, infecções, hemorragias, etc.); prematuridade; muito baixo peso à nascença (< 1,5Kg); atraso de crescimento intra-uterino: peso de nascimento <percentil 10 para o tempo de gestação; asfixia perinatal grave; complicações neonatais graves; hemorragia intraventricular; infeções congénitas; criança HIV positiva; infeções graves do sistema nervoso central; traumatismos cranianos graves; otite média crónica com risco de défice auditivo; entre outros.

Crianças expostas a fatores de risco ambiental: Consideram-se condições de risco ambiental 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.

Consideram-se *fatores de risco parental*, entre outros:

- a) Mães adolescentes (< 18 anos);
- b) Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas;
- c) Maus-tratos ativos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (saúde, alimentação, higiene e educação));
- d) Doença do foro psiquiátrico;
- e) Doença física incapacitante ou limitativa.

Consideram-se *fatores de risco contextual*, entre outros:

- a) Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e

- informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da ação social);
- b) Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene);
 - c) Preocupações 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.

2.3. Abordagens subjacentes às práticas de Intervenção Precoce

Abordagem Sistémica

Em 1937, o biólogo Ludwig von Bertalanffy, propõe pela primeira vez a Teoria Geral dos Sistemas, caracterizada por investigar de forma interdisciplinar a organização abstrata de fenómenos, independentemente da sua formação e configuração. Bertalanffy não concordava com a visão cartesiana⁵ do universo e apresentou uma abordagem orgânica da biologia, ao afirmar que um sistema é um todo maior que a soma das suas partes. Com a Teoria Geral dos Sistemas, um sistema passou a ser percecionado como um conjunto de partes integrantes e interdependentes que formam uma unidade, o todo (Oliveira, 2002). Na década de 50 esta teoria atingiu o seu auge de divulgação e a partir daí foi aplicada a diversas áreas, desde as ciências exatas às ciências sociais e humanas, no que concerne à sua abordagem concetual. A forma como se começou a compreender um fenómeno incluía o resultado das interações das partes que o constituíam, além das partes isoladas. A corroborar esta ideia, Alvarez (1990) define sistema ou organismo como um conjunto de elementos interdependentes que interagem e se influenciam mutuamente criando um todo, cujo resultado é maior do que o resultado do funcionamento isolado das suas partes, porque estas desenvolvem entre si relações que influenciam e moldam esse sistema.

Deste modo, Sameroff e Fiese (2000) compreendem o desenvolvimento humano como um processo dinâmico no qual existe uma transação necessária e contínua entre determinado organismo e o seu ambiente, não podendo o comportamento ser

⁵ O cartesianismo é um movimento filosófico cuja origem é o pensamento do francês René Descartes, filósofo, físico e matemático (1596-1650). O método de Descartes é analítico: consiste em decompor a realidade nas suas partes e em dispô-las e compreendê-las numa ordem lógica.

interpretado fora do contexto e dentro de uma perspectiva de interligações de diferentes sistemas. Concordando com este entendimento conceitual sobre o comportamento, considera-se que indivíduos, famílias e organizações formam um "todo organizado", com unidades funcionalmente inter-relacionadas, dentro de uma relação dinâmica. Sob o ponto de vista sistémico, os profissionais de intervenção precoce devem ter em consideração múltiplas componentes com que lidam, algumas das quais que influenciam a criança e outras que são influenciadas por ela. Neste sentido é importante apresentar-se as três características fundamentais que os serviços de IP devem ter, referidas por Powers (1988): a primeira diz respeito à sensibilidade ecológica, que inclui a noção que a mudança em alguma das partes pode influenciar as outras partes do sistema, criando desequilíbrios, havendo a necessidade dos profissionais os preverem, de forma a desenvolverem o reequilíbrio do sistema; a segunda característica discutida pelo autor é a atenção ao processo organizacional, dado que embora as organizações sejam concebidas para dar apoio à criança e família, podem também constituir uma barreira, se os indivíduos não dominam a estrutura organizacional, papéis, e formas de resposta; a terceira característica apontada é a consciência das inter-relações entre o comportamento individual e o ambiente. Deste modo, os melhores resultados verificam-se quando há um ajustamento entre as características da família, da criança e dos serviços prestados.

De acordo com Carrapatoso (2003), cada família tem a capacidade de se adaptar a determinada ecologia, incluindo fatores culturais, materiais e de espaço. Assim se constata a inferência da teoria geral dos sistemas nos modelos de intervenção precoce, pois propõe um modelo dinâmico de auto-regulação, no qual as relações dialéticas entre sistemas e subsistemas e entre os sistemas e o contexto ambiental mais vasto, proporcionam a energia suficiente para o desenvolvimento e evolução.

Abordagem Ecológica

Urie Bronfenbrenner é o pai da Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, teoria que trouxe uma nova perspectiva sobre o desenvolvimento humano ao afirmar (1979, citado por Carvalho, 2010) que este depende de quatro núcleos e das possíveis conexões entre si: do processo (interações que a criança estabelece com os elementos dos contextos); da pessoa (características da criança facilitadoras das interações); do contexto (características dos contextos que influenciam a criança em desenvolvimento); e do tempo (em que as interações se processam).

O *processo*, o primeiro núcleo, é o mecanismo central envolvido no

desenvolvimento humano e definido como uma transferência de energia entre a pessoa e o ambiente externo imediato (constituído por pessoas, objetos e símbolos), também chamada de “processos proximais”, que podem ocorrer em uma ou em ambas as direções, separadas ou simultaneamente (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

O segundo núcleo é constituído pelas *pessoas*, que influenciam os processos proximais e são influenciadas por estes. As características das pessoas que influenciam os processos são as disposições, os recursos e as demandas pessoais de cada um. As disposições referem-se ao sujeito estar mais ou menos envolvido, curioso e responsivo aos outros. Os recursos dizem respeito às habilidades ou dificuldades de natureza psicológica que podem limitar ou expandir o funcionamento integral do organismo. As demandas pessoais englobam a capacidade de provocar ou impedir reações do ambiente que podem favorecer ou inibir a ocorrência dos processos proximais e o crescimento psicológico (Bronfenbrenner *et al*, 1998).

O terceiro refere-se aos *contextos de vida* da pessoa e é composto por quatro subsistemas, gradualmente mais abrangentes, que afetam de modos diferentes a criança: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema. No Quadro 2, sintetiza-se a informação sobre cada um destes sistemas hierárquicos interrelacionados ou como Bronfenbrenner (1979) sugere na sua obra “*The ecology of human development: Experiments by nature and design*”, encaixados uns nos outros como um conjunto de bonecas russas.

Quadro 2. Contextos de desenvolvimento em estruturas concêntricas

Microssistema	Padrão de actividades, papéis e relações que a pessoa em desenvolvimento experimenta num determinado meio, com características físicas, materiais e particulares (e.g.: a família; a escola); Para desempenhar tais papéis, cada um dos participantes empenha-se em actividades específicas e conjuntas, que são estabelecidas mediante padrões interacionais e que vão se modificando ao longo do tempo (Bronfenbrenner, 1996).
Mesosistema	Compreende as inter-relações de dois ou mais meios nos quais a pessoa em desenvolvimento participa ativamente (e.g.: para uma criança são as relações entre a família, a escola e os amigos do bairro; para um adulto, seriam as relações entre a família, o trabalho e a vida social); No caso das relações que vão se estabelecendo entre a família e a escola, podem ocorrer influências mútuas entre estas instituições e, dependendo dos processos envolvidos, de continuidade ou ruptura das relações pode também acarretar diferentes impactos na aprendizagem formal dos sujeitos (Bronfenbrenner, 1996)
Exossistema	Refere-se a um ou mais meios que não incluem a pessoa em desenvolvimento como participante activo, mas nos quais se produzem acontecimentos que afectam o que acontece à sua volta (e.g.: o sistema económico e político relativamente à escola); Por exemplo: a criança considerada em relação à sua casa e aos locais de trabalho do pai e da mãe (Bronfenbrenner, 1996)
Macrossistema	Refere-se às correspondências em forma e conteúdo dos sistemas de ordem menor que existam ou poderiam existir, ao nível da subcultura ou da cultura na sua totalidade, juntamente com qualquer sistema de crenças ou ideologia que sustente estas correspondências. As práticas culturais de pais de crianças em idade pré-escolar refletem padrões de comunicação e actividades familiares regulados por normas, valores, crenças e atitudes intrínsecas ao ambiente familiar que diferem de acordo com a diversidade de cada sociedade (Bronfenbrenner, 1996).

Fonte: Adaptado de Carvalho (2010)

O Modelo Ecológico de Bronfenbrenner contribuiu para a compreensão do desenvolvimento humano nas suas sucessivas etapas de crescimento, segundo as diversas conexões entre as realidades em que o indivíduo está inserido, como se representa na Figura 3.

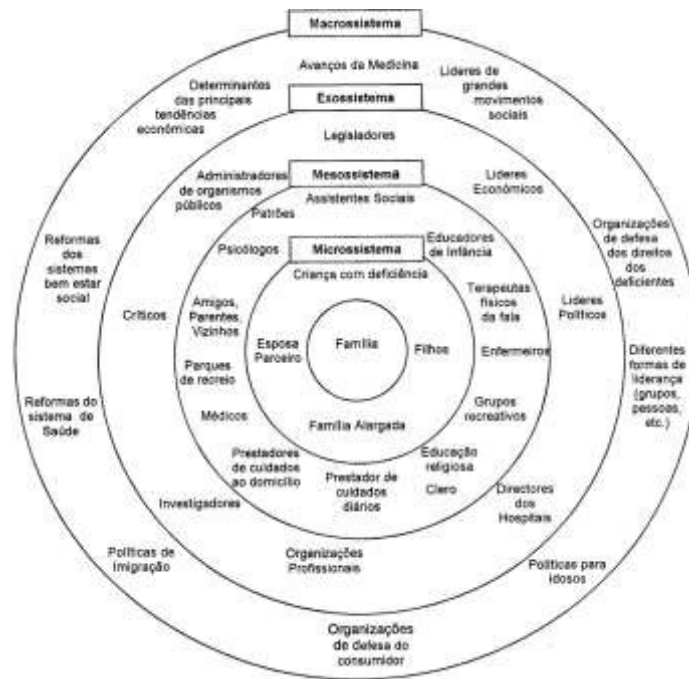


Figura 3. Modelo Ecológico (aplicado a famílias e crianças) de Bronfenbrenner (1979, adaptado de Carvalho, 2010)

O quarto núcleo refere-se ao *tempo* e este não se configura apenas como um atributo cronológico do crescimento humano, mas como uma propriedade do ciclo de vida e ao longo da história. Bronfenbrenner, em 1989, atualiza o seu conceito de ecologia de desenvolvimento humano e, conseqüentemente, o Modelo Ecológico, ao qual acrescenta o quinto subsistema: o Cronossistema. O Cronossistema, enquanto sistema espaço-temporal, abrange mudanças relativas ao tempo, não somente nas características das pessoas, como também no ambiente em que elas vivem, como por exemplo, quando ocorrem mudanças no interior da pessoa, no curso de vida e da estrutura familiar, no estatuto socioeconómico, no trabalho, local de residência, entre outros (Bronfenbrenner, 1994).

Bronfenbrenner (1979, citado por Carvalho, 2010) define ecologia do desenvolvimento humano como “o estudo científico de acomodação progressiva e mútua, entre um ser humano ativo em crescimento e as propriedades em mudança dos cenários imediatos que envolvem a pessoa em desenvolvimento, na medida em que esse processo é afectado pelas relações entre cenários e pelos contextos mais vastos em que estes cenários estão inseridos.”, atribuindo o percurso do desenvolvimento humano à relação interdependente das características biopsicológicas do indivíduo em desenvolvimento com as características do ambiente, ressaltando a importância das

peças presentes nos contextos mais próximos do indivíduo para o desenvolvimento das suas próprias características. Assim, a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano reforça o facto de que é necessário compreender e conhecer as perceções, crenças, valores, apoios e recursos do contexto onde a criança se desenvolve, para compreender o seu percurso de desenvolvimento e criar um plano de intervenção que crie e potencialize situações de aprendizagem. A família próxima, por passar mais tempo com a criança, exerce, potencialmente, um maior efeito sobre o seu desenvolvimento, enquanto os profissionais de intervenção precoce, ao passarem períodos de tempo mais curtos com a criança, terão um efeito direto menor no seu desenvolvimento, devendo articular as suas práticas com as pessoas que lidam frequentemente com a criança, potencializando os resultados. Esta diferença nas oportunidades de influência direta sobre o desenvolvimento da criança contribuiu, em parte, para a mudança do enfoque da intervenção precoce, passando do apoio centrado na criança para o apoio centrado na família (Jung, 2012).

Para Carrapatoso (2003), o meio ambiente é estruturador do comportamento do indivíduo e como tal, deve ter-se em conta todos os ambientes naturais em que o indivíduo se desenvolve e não somente o cenário clínico ou psicoterapêutico. Parece claro que este modelo ecológico salienta o efeito das condições em que as crianças vivem como determinantes do seu desenvolvimento. No caso das crianças com NEE estão ainda mais dependentes das interações que estabelecem com o meio, nomeadamente da família, para progredir no seu desenvolvimento. Consequentemente, a própria família também necessita de utilizar mais recursos, quer de instituições, quer de amigos e vizinhos.

Assim, pode concluir-se que para qualquer intervenção na criança, tem de haver um conhecimento profundo do meio físico e social que inclui a família, a escola e a comunidade. Só conhecendo as interações entre a criança e o seu ambiente (microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema) e percebendo o impacto dessas interações na criança, é que se pode planear uma intervenção e esperar resultados positivos.

Abordagem Transaccional

O Modelo Transaccional de Sameroff e Chandler (1975) pode ser aplicado em vários domínios, nomeadamente, na Intervenção Precoce, onde pode descrever e explicar as respostas comportamentais com efeitos mútuos do contexto na criança e desta no

contexto, sendo o seu desenvolvimento o produto de interações dinâmicas e contínuas da criança, família e contexto social (Sameroff & Fiese, 2000, citado por Carrapatoso, 2003). Na Figura 4, apresenta-se, em forma de cadeia causal, um exemplo do processo transacional, reelaborado por Sameroff e Fiese (2000), a partir da primeira versão da autoria de Sameroff e Chandler, para explicar que o atraso na linguagem da criança pode, por exemplo, ser o resultado das interações entre esta e a mãe e não apenas um problema exclusivo dos fatores biológicos da criança. Como se pode verificar na Figura 4, uma criança com problemas à nascença pode provocar ansiedade na mãe, que por sua vez provoca na criança reações negativas, que por consequência afastam a mãe e a levam a estar menos tempo com a criança e, claro, a falar menos com ela, podendo esta situação desencadear uma bola de neve que comprometa seriamente a aquisição da linguagem.

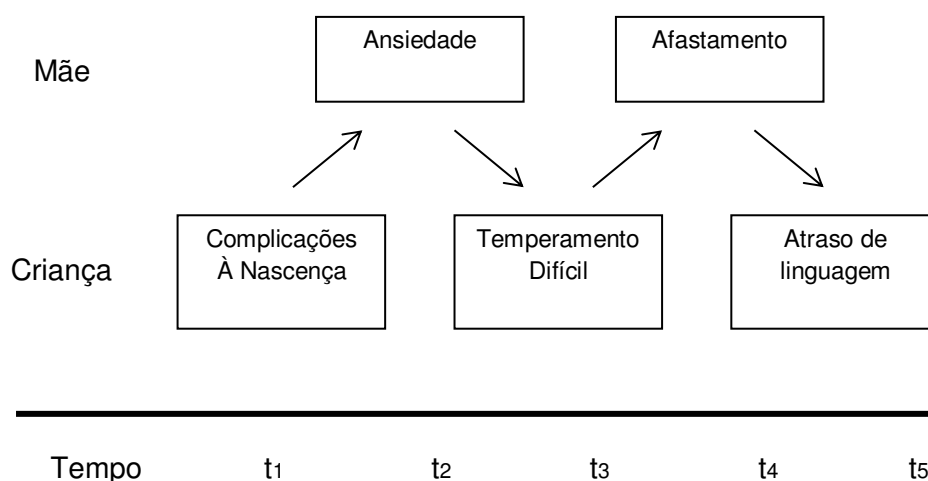


Figura 4. Exemplo do processo transacional segundo a perspectiva de Sameroff e Fiese (2000, adaptado de Carrapatoso, 2003)

Assim, este exemplo do processo transacional demonstra que o desenvolvimento da criança não depende apenas dos seus fatores biológicos ou dos fatores ambientais mas sim da sua inter-relação, diacronicamente. Este modelo assenta numa definição dinâmica da natureza transacional do desenvolvimento, considerado como resultado da interação contínua e ao longo do tempo entre o indivíduo e o ambiente, que se influenciam mutuamente. Dá também bastante importância às complexidades do desenvolvimento, onde as mudanças desejadas terão de ter em conta os processos regulatórios específicos que operam no desenvolvimento. Como afirmam Cruz, Fontes e Carvalho (2003) aceitar o Modelo Transacional significa aceitar que é possível moldar a expressão de

vulnerabilidades hereditárias através da promoção de transações adequadas com contextos mais suportivos, bem como que, as vulnerabilidades do desenvolvimento podem ter etiologias ambientais e sociais e não exclusivamente causas biológicas, que podem exigir igualmente reajustes nas transações existentes. Assim, este modelo fortalece a hipótese de que a IP pode tornar, situações de risco, reversíveis. Se a intervenção for feita precocemente, adaptando-se ao contexto da criança e procurando ajustar-se às suas necessidades específicas, é possível quebrar um casual ciclo vicioso de transações inadequadas, que ao longo do tempo poderiam ter consequências negativas e irreversíveis.

O Modelo Transacional teve consequências muito importantes na identificação de objetivos e estratégias de intervenção, bem como na criação de programas e currículos, salientando a importância dos primeiros anos de vida como período chave para a prevenção ou melhoria das dificuldades. Este modelo desencadeou uma mudança de um enfoque, quase absoluto, na criança, para uma atenção no papel da família e para uma mudança para a perspectiva dos sistemas ecológicos que enfatiza as influências da família e dos contextos no desenvolvimento da criança (Correia & Serrano, 2002).

Atualmente, o Modelo Ecológico de Bronfenbrenner e o Modelo Transacional de Sameroff e Chandler integram o referencial teórico que orienta as políticas e práticas de intervenção precoce. Em conjunto, enfatizam a forma como o desenvolvimento humano é condicionado pelas variáveis contextuais, nomeadamente pela interação entre contextos de risco e contextos de proteção, pelas interações entre os adultos e as crianças, salientando-se a importância da família enquanto principal agente de socialização, e ainda pela participação ativa da criança no seu próprio desenvolvimento. Neste sentido, Serrano (2007) refere que em ambos os modelos, a família funciona como mediadora entre o indivíduo e a sociedade – uma vez que o grupo familiar se insere num sistema ecológico social mais abrangente e é influenciado pelas mudanças existentes na comunidade e na sociedade – e que esta relação de sistemas origina uma maior compreensão e interdependência de diversos fatores, o que influencia decisivamente o desenvolvimento da criança.

2.4. Plano de Intervenção

De acordo com Carvalho (2010), a intervenção de uma prática centrada na família baseia-se no conceito de ajudar as famílias a obterem encontros completos (*complete encounters*), com os serviços e apoios em IP. Algumas expectativas que as famílias

possam ter, podem influenciar a planificação, a implementação e os passos avaliativos da intervenção. Para Simeonsson (2000, citado por Carvalho, 2010), autor do Ciclo de Intervenção, ilustrado na Figura 5, a maioria dos pais necessita de orientação e de uma lista de opções e expectativas razoáveis, pois não sabem nem reconhecem automaticamente qual o seu papel específico, nem a variedade de serviços disponíveis envolvidos. Assim, o Ciclo de Intervenção de Simeonsson é constituído por cinco fases que decorrem após a sinalização do caso.



Figura 5. Elementos do Ciclo de Intervenção de Simeonsson (2000, adaptado de Carvalho, 2010)

A sinalização habitualmente é realizada por uma entidade que tem conhecimento da situação de risco (como por exemplo centros de saúde, jardins-de-infância e autarquias, etc) para os serviços de IP.

Após a sinalização, a primeira ação corresponde aos contactos iniciais com a família. Nesta fase, tenta perceber-se o que pretende a família, quais as suas necessidades e quais as suas expectativas relativamente à criança, a si própria, aos profissionais, aos apoios e serviços prestados, porque são estas as expectativas que irão conduzir todo o processo. Estes primeiros contactos com a família são o início de uma relação que vai sempre exigir muita cooperação e por isso é importante que se crie um ambiente em que a família se sinta confortável para expor as suas expectativas e reconhecida e valorizada enquanto principal agente educativo do seu filho. Evocando-se o conceito de *encounter* de Kempler (1981, citado por Simeonsson, 1996), inspirado na teoria de Gestalt, que defende que as experiências em que interagimos com os outros são as mais relevantes para o desenvolvimento de capacidades que nos permitem lidar com experiências futuras, espera-se que os contactos iniciais com a família constituam

encontros completos, que não deixem sentimentos de apreensão, medo ou ansiedade e em que as famílias sintam as suas expectativas e necessidades reconhecidas lançando-se as sementes para a futura relação de confiança e de parceria que se pretende estabelecer para o sucesso da intervenção.

A segunda ação diz respeito à avaliação das características, necessidades e prioridades da criança e da família, identificando a natureza das mesmas, assim como a avaliação das capacidades funcionais da criança. Simeonsson (2000) aponta três razões que justificam a necessidade desta avaliação: definir o tipo de família com que se trabalha; validar objetivos ou corrigir expectativas irrealistas; avaliar a adequação entre as expectativas e os resultados.

A terceira ação constitui-se pela elaboração conjunta do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), um documento onde participam todos os intervenientes e onde se estabelece o desenvolvimento dos objetivos da criança e da família, definem-se os resultados esperados da intervenção e sobretudo onde há o compromisso formal de se respeitar a individualidade da família. De acordo com McWilliam (1998) um PIAF deve conter informações sobre o desenvolvimento da criança ao nível físico, cognitivo, psicossocial, da linguagem e da autonomia; os recursos, prioridades e necessidades da família, nomeadamente nos aspetos mais diretamente relacionados com desenvolvimento e aprendizagem da criança; as metas que se esperam atingir para a criança e família, assim como prazos para a sua avaliação e eventual reformulação; a definição de apoios e serviços, havendo referência a datas previstas para a sua iniciação, frequência, contexto e previsão da sua duração; a identificação do coordenador de serviços ou técnico responsável, que terá a responsabilidade de implementar o plano e promover a coordenação entre serviços e recursos; e por último, os procedimentos que asseguram o sucesso de uma futura transição da criança para outros programas.

A quarta ação diz respeito à implementação e monitorização de serviços, fruto de um trabalho de equipa transdisciplinar, em que família está incluída. É importante que nesta fase do ciclo, a partir da análise das rotinas e contextos de vida, sejam identificadas as oportunidades de aprendizagem para a criança e encontradas estratégias eficazes para alcançar as metas. A monitorização regular dos apoios prestados, aumenta a perceção dos profissionais e da família relativamente aos fatores que levaram aos resultados obtidos, salientando-se a necessidade dos registos da intervenção.

Por último a quinta ação deste ciclo compreende a avaliação dos resultados. Nesta fase deve ser determinado o nível de realização dos objetivos de toda a intervenção relativa à criança (se se verificam alterações no comportamento por exemplo) e à família

(se esta está satisfeita com os serviços prestados). É da avaliação final que depende a definição das "fraquezas" e das "virtudes" da intervenção, no sentido de melhorar o que correu mal e manter e desenvolver o que correu bem.

Como já referenciado anteriormente, o enquadramento legal vigente da IP em Portugal, o DL 281/2009, obriga à elaboração de um plano de intervenção para cada caso, designado por Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), regista-se a redundância, e que, em termos genéricos, corresponde à figura do PIAF. Assim, o PIIP trata-se de um plano escrito, onde se regista as necessidades e os recursos da criança e da família e a sua articulação com as práticas planeadas para alcançar os objetivos, também definidos no documento. Este instrumento escrito é o veículo fundamental de todos os pressupostos teóricos e empíricos nas práticas de IP que requer, por um lado, que os técnicos olhem para as necessidades das crianças à luz do contexto familiar e, por outro, requer a partilha do poder com os membros da família no processo de tomada de decisões (McWilliam, Winton & Crais, 2003). Além disso este instrumento salienta a importância de uma intervenção orientada pelo paradigma ecológico, centrada na família, focada nos contextos naturais da criança e na importância das relações.

A importância da prestação dos apoios e da criação de oportunidades de aprendizagem nos contextos naturais e integrados nas rotinas, referenciada no enquadramento legal americano na década de 90, é, ainda, considerada a prática que mais potencializa a intervenção, uma vez que ocorre nos diversos contextos de vida da criança e da família, embutindo-se nas suas rotinas e constituindo a sua realidade. O Modelo Ecológico de Bronfenbrenner e o Modelo Transacional de Sameroff e Chandler que se desenvolveu no ponto anterior, proporciona o enquadramento conceptual para intervenção baseada nos contextos naturais e nas rotinas, ao salientar que a aprendizagem e o desenvolvimento da criança são influenciados pelas suas características pessoais e pelas características dos contextos que fazem parte do seu quotidiano.

De acordo com McWilliam, qualquer que seja o contexto da intervenção, está hoje provado que as crianças aprendem mais ao longo das suas rotinas, através das interações repetidas e das oportunidades de aprendizagem que partilham com a sua família ou prestadores diários de cuidados do que em momentos únicos concentrados em intervenções pontuais por técnicos especializados (McWilliam, 2010). Assim, as intervenções mais eficazes serão, em contexto domiciliário, as que promovem a competência, auto-confiança e autonomia da família e a ajudam a criar e potencializar oportunidades de aprendizagem nas rotinas familiares; e em contexto educativo, as que,

através de estratégias de consultoria ao educador da sala (apoio indireto à criança) promovem a intervenção específica e especializada, sempre integrada nas rotinas da sala (McWilliam, 2010). Ainda de acordo com McWilliam, autor do Modelo de Intervenção Baseado nas Rotinas, a criança com incapacidades precisa da máxima intervenção que ocorra nos seus contextos de vida e rotinas mas não de muitos serviços e apoios descontextualizados e pontuais (McWilliam, 2010).

Por último, é relevante referir que a intervenção baseada nos contextos naturais e nas rotinas depende sobretudo da transdisciplinaridade da equipa de intervenção precoce, da transversalidade das práticas, e requer uma boa colaboração e uma planificação complexa entre todos os intervenientes (profissionais e família).

2.5. Equipas transdisciplinares

Tratando-se a IP de uma medida de apoio integrado e transdisciplinar, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da ação social, é essencial que haja partilha e integração de saberes dos profissionais destas áreas. As equipas de IP procuram assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso no desenvolvimento, assim como reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência. O sucesso de qualquer programa vai depender da forma como estes profissionais colaboram entre si e partilham e geram as tomadas de decisão. Cabe a estes profissionais, identificar as necessidades, aspirações e projetos da família (definidas pela família e não pelos profissionais), identificar o estilo de funcionamento da família ajudando-a a tomar consciência das suas forças e capacidades, identificar e valorizar as fontes de apoio e recursos da família, e definir os diferentes papéis, aceitando o grau de envolvimento que a família deseja estabelecer na relação (Carvalho, 2010).

Bailey (1984, citado por Carrapatoso, 2003) distingue quatro níveis de funcionamento dos profissionais em equipa, *unidisciplinar*, *multidisciplinar*, *interdisciplinar* e *transdisciplinar*, enquanto Ferguson e Brynelsen (1991, citado por Carrapatoso, 2003) discriminam três níveis, partindo do princípio que o nível *unidisciplinar* já está completamente em desuso, sendo que não é a ação de um profissional, isoladamente, que alcança resultados significativos. Assim, o primeiro nível refere-se às equipas *multidisciplinares*, em que cada elemento programa a sua ação, independentemente da intervenção dos outros elementos da equipa. O segundo nível diz respeito às equipas

interdisciplinares, onde o resultado é fruto de um esforço interativo das diferentes áreas envolvidas na intervenção. O terceiro nível refere-se às equipas *transdisciplinares* que, segundo Lyon e Lyon (1980, citado por Carrapatoso, 2003) inclui três grandes características: a primeira enfatiza a intervenção conjunta, na resolução das necessidades; a segunda característica salienta a especialidade de cada membro da equipa, que é usada para formar os outros membros; a terceira refere que os papéis e responsabilidades devem ser partilhados entre os membros da equipa.

Para McWilliam (2012), a prestação transdisciplinar de serviços assenta no trabalho de uma pessoa que aborda áreas tradicionalmente abrangidas pela sua própria disciplina e por áreas habitualmente tratadas por pessoas de outras áreas disciplinares, significando que as pessoas prescindam exclusivamente do seu papel e que aceitem diversos papéis.

Carrapatoso (2003) refere que o modelo transdisciplinar de funcionamento da equipa de IP é considerado do mais alto nível, relativamente à integração de serviços, envolvendo um maior grau de colaboração entre todos os elementos, apontando para a abordagem ideal na prestação de serviços de intervenção precoce. Numa abordagem transdisciplinar o programa de intervenção junto da criança e da família deve ser implementado por um número reduzido de profissionais, embora estes contem com o suporte contínuo de outros técnicos. As terapias de que a criança usufrui devem ser implementadas nas suas atividades do quotidiano, para que haja um envolvimento nas suas rotinas e dessa forma se potencializarem os processos e os resultados. Sempre que possível a família deve estar presente nas sessões de terapia para que haja sequência do trabalho desenvolvido, rentabilizando-se esse recurso aplicado.

Neste modelo a família tem um papel ativo na equipa onde todos os elementos devem colaborar para objetivos comuns e em que cada um deve ter um papel claro e responsabilidades específicas (Carrapatoso, 2003).

2.6. Família

A família é a primeira instituição que o ser humano conhece, é a partir dela que a criança inicia a construção da sua identidade (desenvolvimento pessoal e social) e é o núcleo primário que estrutura a sociedade e os indivíduos que a constituem. É, em primeira instância, a ponte entre o indivíduo e o mundo, constituindo o seu primeiro agente de socialização, que lhe apresenta as normas e valores da sociedade, lhe molda desde sempre a sua personalidade com as suas atitudes e determina a forma como este se vai integrar no mundo que o rodeia e nos seus diversos contextos de vida. Os pais são, quase sempre, os primeiros educadores da criança; assumem um papel

preponderante e insubstituível na sua socialização primária e constituem o seu *microsistema*, tendo a responsabilidade de estabelecer com a criança relações de afeto e de educação, fulcrais para o seu desenvolvimento global. Esta ideia é corroborada por Homem (2002, p. 36) quando afirma que é no seio da família que o indivíduo “(...) *desperta para a vida como pessoa, onde interioriza valores, atitudes e papéis e onde desenvolve, de forma espontânea, o processo fundamental de transmissão de conhecimentos, de costumes e de tradições que constituem o seu património cultural.*”

O reconhecimento da importância da participação e envolvimento da família no desenvolvimento da criança é corroborado pelas teorias sistémicas, ecológicas e transacionais anteriormente abordadas e repercute-se numa expansão natural de políticas e práticas de intervenção centrada na família que atualmente regem a IP.

Intervir na família pressupõe uma análise exaustiva das dificuldades e das potencialidades de cada realidade familiar, o que na maioria dos casos significa recuperá-la quase totalmente, desde o domínio financeiro ao emocional. As dificuldades que muitas famílias revelam no exercício da responsabilidade parental constituem fatores de grande risco para a criança, cujo desenvolvimento está dependente dos padrões do contexto familiar a que pertence. Neste sentido a filosofia de intervenção centrada na família tem dois conceitos básicos, trazidos por Dunst, Trivette e Deal (1988), os conceitos *enabling* e *empowering* ou capacitação e fortalecimento. O conceito *enabling* pode ser traduzido por *capacitar* e consiste na criação de oportunidades para os membros da família se sentirem mais competentes, independentes e autónomos; o conceito *empowering* significa *fortalecer* ou *dar poder*, apontando para o pressuposto que o profissional não deve criar dependência às famílias mas fortalecê-las para que elas próprias alcancem os seus objetivos (Dunst, Trivette & Deal, 1988). Desta forma, trata-se de proporcionar que as famílias experienciem o sucesso ao conseguirem aceder aos recursos formais e informais, e assim aumentem a confiança nas suas capacidades de resolução de problemas (nomeadamente no apoio do desenvolvimento dos filhos) e de se proporem a desafios. A implementação destes conceitos pressupõe que todas as famílias são capazes de alcançar a auto-competência, de adquirir competências parentais e autonomia. Ausloos corrobora esta ideia quando refere que todas famílias “(...) *têm as competências necessárias para efetuarem as transformações de que precisam com a condição de as deixarmos experimentar as suas auto-soluções e ativarmos o processo que as autoriza a isso.*” (1996, p. 35)

Bailey, Palsha e Simeonsson (1991) referem três importantes premissas sobre o papel e envolvimento dos pais nas práticas de IP: 1) O plano de apoio e suporte à família

deve ser individualizado, atendendo à diversidade de cada uma, no que respeita a recursos, prioridades e preocupações, sendo o papel dos profissionais facilitar e incentivar o envolvimento dos pais; 2) Devem ser dadas aos pais todas as oportunidades de participantes ativos no planeamento de serviços para a criança e para eles próprios, sendo o papel dos profissionais, envolverem-se nessas práticas, valores e suporte social, como facilitadores das interações; 3) Cabe aos pais tomarem a última decisão sobre qualquer assunto relativo aos filhos, e os profissionais devem organizar os serviços de apoio, de maneira a fortalecer as famílias, para se sentirem competentes na mobilização dos serviços necessários à criança e a si própria.

O envolvimento ativo dos pais nas práticas de IP, nomeadamente, no processo educativo da criança, conduz, indubitavelmente, a resultados positivos no seu desenvolvimento. É da responsabilidade dos pais, principalmente nos primeiros anos de vida da criança, criar um ambiente harmonioso e promotor de oportunidades de aprendizagem adequadas às suas capacidades, de forma que a criança se desenvolva no sentido de conquistar a sua autonomia e independência. A afetividade que se constrói entre pais e filhos, desde o nascimento da criança e até mesmo antes, é irreparável e inigualável e tem um papel poderosíssimo no desenvolvimento do ser humano. Neste sentido, Bronfenbrenner (1997) refere que se o atual conhecimento do desenvolvimento da criança nos diz alguma coisa, é o de que esta se desenvolve psicologicamente em função das interações recíprocas com aqueles que ama.

No campo legal, a própria frequência de um programa pré-escolar prevê a participação dos pais no Jardim-de-Infância, reconhecendo-se assim a importância da família no processo educativo e no desenvolvimento global da criança. Neste domínio do envolvimento da família no JI, o Artigo 4º do DL 5/97 enuncia os deveres dos pais e encarregados de educação:

- a) Participar, através de representantes eleitos para o efeito ou de associações representativas, na direcção dos estabelecimentos de educação pré-escolar;
- b) Desenvolver uma relação de cooperação com os agentes educativos numa perspectiva formativa;
- c) Dar parecer sobre o horário de funcionamento do estabelecimento de educação pré-escolar;
- d) Participar, em regime de voluntariado, sob a orientação da direcção pedagógica da instituição, em actividades educativas de animação e de atendimento.

O papel que a família desempenha na educação de crianças com NEE não difere, de forma muito significativa, da educação dada às outras crianças. Contudo, os pais das crianças com NEE assumem um papel ainda mais fundamental nos cuidados básicos que lhe prestam, no seu desenvolvimento geral e na sua autonomia. Em suma, são um fator ainda mais imprescindível para o seu desenvolvimento.

2.7. Sistema português de proteção à infância

O diploma legal atual que promove os direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral é a Lei 31/2003, de 22 de agosto, que revoga a Lei 147/99 de 1 de setembro – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) e *“de acordo com a LPCJP, a promoção e proteção das crianças e jovens em perigo compete, em primeiro lugar, às entidades públicas ou privadas com atribuições em matéria de infância e juventude (autoridades policiais, autarquias, escolas, segurança social, hospitais, entre outros) e, só depois, às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e, em última instância, aos Tribunais”* (Alves, 2007, p. 72). Na Figura 6 apresenta-se o modelo onde estão presentes as três entidades intervenientes na proteção de crianças e jovens em risco.

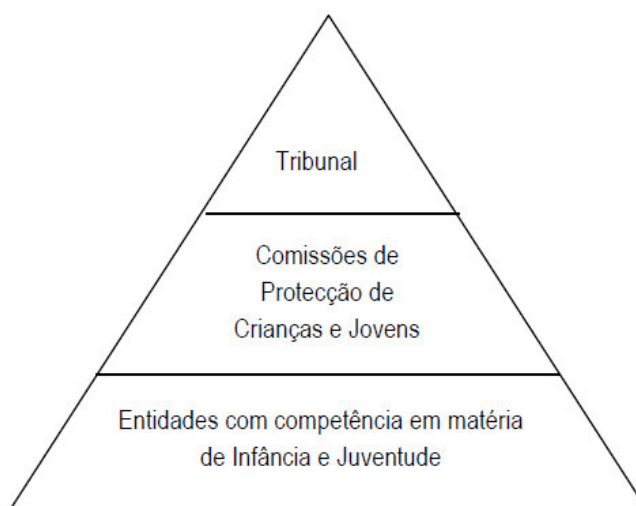


Figura 6. Sistema de proteção de crianças e jovens em perigo (ISS, 2007)

Na base da pirâmide, estão designadas as entidades com competência em matéria de Infância e Juventude, que a LPCJP, no Artigo 5.º, alínea d), define como *“pessoas singulares ou colectivas públicas, cooperativas, sociais ou privadas que, por desenvolverem actividades nas áreas da infância e juventude, têm legitimidade para intervir na promoção dos direitos e na protecção da criança e do jovem em perigo”*. No Artigo 7.º é referido que a *“intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude é efectuada de modo consensual com os pais, representantes legais ou com quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem”*. No entanto se estas entidades, no âmbito das suas funções, não conseguirem os resultados esperados através da sua intervenção, devem comunicar as situações de perigo às comissões de proteção, tal como refere o número 1 do Artigo 65.º da mesma lei: *“As entidades com competência em matéria de infância e juventude comunicam às comissões de protecção*

as situações de perigo de que tenham conhecimento no exercício das suas funções sempre que não possam, no âmbito exclusivo da sua competência, assegurar em tempo a protecção suficiente que as circunstâncias do caso exigem.” Esta situação remete-nos para o segundo nível da pirâmide que diz respeito às CPCJ e às Equipas de Intervenção Precoce (embora estas não estejam referidas na figura) que idealmente devem trabalhar em conjunto e que são compostas por representantes das várias áreas institucionais ligadas à infância, como a Segurança Social, a Educação, a Saúde, as Instituições Particulares de Solidariedade Social, entre outros, que atuam na garantia dos direitos das crianças. Desempenham ações de natureza preventiva nas famílias e de colaboração com os tribunais e têm competência para aplicar medidas de promoção e proteção a crianças, até aos 18 anos (ou até aos 21 caso o jovem solicite a intervenção antes dos 18), que se encontrem em situações de perigo para a sua saúde, educação, desenvolvimento e formação. Quando as CPCJ não conseguem promover competências parentais na família e desse modo ajudar a criança/jovem em risco, o caso é encaminhado para as Equipas Multidisciplinares de Assessoria aos Tribunais (EMAT), entidade que se encontra no topo da pirâmide e que, no limite, pode institucionalizar a criança/jovem.

É importante ressaltar que a LPCJP é revestida de uma filosofia ecológica de intervenção, prevendo, na Secção II, medidas no meio natural da vida, como são exemplo as medidas de apoio junto dos pais (Artigo 39.º), que consiste em proporcionar à criança ou jovem apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessário, ajuda económica; ou junto de outro familiar (Artigo 40.º), que consiste na colocação da criança ou do jovem sob a guarda de um familiar com quem resida ou a quem seja entregue, acompanhada de apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessário, ajuda económica. O Artigo 41.º da referida Lei vem referir que quando são aplicadas as medidas de apoio do Artigo 39.º e do Artigo 40.º, os pais ou os familiares a quem a criança ou o jovem sejam entregues podem beneficiar de um programa de formação visando o melhor exercício das funções parentais. O Artigo 42.º acrescenta ainda que as medidas de apoio previstas nos Artigos 39.º e 40.º podem abranger o agregado familiar da criança e do jovem. Estas são medidas que priorizam o desenvolvimento da criança junto do seu microssistema natural, promovem a recuperação do contexto familiar e previnem o recurso à institucionalização das crianças e jovens.

Síntese

O segundo capítulo é constituído por uma breve abordagem do contributo político americano para a evolução concetual da IP; pelo percurso da IP em Portugal, expondo-se os modelos subjacentes às suas políticas e práticas; pela menção e explicitação do Decreto-Lei 281/2009 de 6 de outubro que regulamenta a IP atualmente e que criou o SNIPI; pela referência à importância da transdisciplinaridade nas equipas de intervenção precoce; pela abordagem à família, enquanto agente máximo na criação de oportunidades para o desenvolvimento da criança e para a promoção das suas próprias competências parentais e autonomia; e pela revisão legal sobre o sistema português de proteção à infância.

PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

O presente estudo tem como tema “Práticas de Intervenção Precoce: Estudo de caso de uma criança em risco com AGD” e a sua relevância detém-se sobretudo com a questão de investigação que nos propomos responder: **As práticas de intervenção precoce implementadas terão sido eficazes para a promoção do desenvolvimento global da criança, de competências parentais e da autonomia da família?**

Por se tratar de um estudo de caso, não há a pretensão de uma generalização dos resultados alcançados mas que estes possam servir para compreender, de um modo mais descritivo e processual, as práticas de intervenção precoce implementadas atualmente.

2. OBJETIVOS

O objetivo geral desta investigação constitui-se por analisar, no âmbito de um estudo de caso, o grau de eficácia das práticas de intervenção precoce implementadas para a promoção do desenvolvimento global da criança, de competências parentais e da autonomia da família.

Como objetivos específicos da investigação delimitaram-se os seguintes:

- 1) Perceber se a intervenção planeada teve em conta as necessidades e recursos da família;
- 2) Compreender se houve transdisciplinaridade durante a intervenção: cooperação entre os profissionais e entre estes e a família na implementação das práticas;
- 3) Aferir se houve transversalidade das práticas nos contextos naturais da criança;
- 4) Perceber qual a participação e envolvimento da família na intervenção;
- 5) Concluir se a intervenção implementada teve resultados significativos no desenvolvimento global da criança;
- 6) Concluir se a intervenção promoveu e reforçou as competências parentais e a autonomia da família.

3. METODOLOGIA

Tendo em conta o tema e os objetivos do estudo supracitados, a abordagem metodológica utilizada constitui-se por um estudo de caso, na medida que permite investigar sistematicamente o mesmo fenómeno com recurso a várias fontes de recolha de dados. A corroborar esta afirmação, faz-se referência aos autores Nisbett e Watt (1978,

p. 5) que descrevem o estudo de caso como uma “(...) investigação sistemática de uma instância específica (...)” e essa instância pode ser uma pessoa, um grupo, uma escola, um projeto, etc. Na opinião de Yin (2001), quando se pretende compreender, analisar e descrever acontecimentos e contextos, compostos por diversos fatores, o estudo de caso constitui a abordagem metodológica adequada.

Das características que fazem parte do suporte concetual do estudo de caso, destacam-se algumas das enunciadas por Benbasat, Goldstein e Mead (1987), apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3. Características do Estudo de Caso (Adaptado de Benbasat, Goldstein & Mead, 1987)

• Fenómeno observado no seu ambiente natural;
• Os dados recolhidos devem utilizar diversos meios (Observações directas e indirectas, entrevistas, questionários, registos de áudio e vídeo, diários, cartas, entre outros);
• Uma ou mais entidades (pessoa, grupo, organização) são analisadas;
• A complexidade da unidade é estudada aprofundadamente;
• Não são utilizadas formas experimentais de controlo ou manipulação;
• O investigador não precisa especificar antecipadamente o conjunto de variáveis dependentes e independentes;
• Os resultados dependem fortemente do poder de integração do investigador;
• Podem ser feitas mudanças na selecção do caso ou dos métodos de recolha de dados no decorrer da investigação;
• Pesquisa envolvida com questões "como?" e "porquê?" ao contrário de "o quê?" e "quantos?"

De acordo com a especificidade dos objetivos da investigação, optou-se por recorrer a instrumentos de recolha de dados de natureza qualitativa (análise documental; inquérito por entrevista e conseqüente análise de conteúdo) e de natureza quantitativa (CIF), na medida em que, a recolha de dados através de variadas fontes pode permitir uma interpretação mais aprofundada e fidedigna sobre o fenómeno. Neste sentido, Yin (2001) refere que o recurso a múltiplas fontes de dados na construção de um estudo de caso, permite-nos considerar um conjunto mais diversificado de tópicos de análise e em simultâneo corroborar o mesmo fenómeno.

Embora, no domínio da Educação, o estudo de caso, esteja mais associado a uma abordagem qualitativa, é cada vez mais habitual encontrarmos estudos constituídos por uma abordagem quantitativa ou mista. Neste sentido, Ponte (1994, p. 3) afirma que “*Em educação (...) têm-se tornado cada vez mais comuns os estudos de caso de natureza qualitativa. No entanto, isso não é uma característica essencial deste tipo de investigação.*”

Embora não sejam muito frequentes, podem ser realizados estudos de caso recorrendo a abordagens preferencialmente quantitativas ou de carácter misto.”

A investigação qualitativa é frequentemente utilizada quando se tem pouco conhecimento acerca de um fenómeno estudado, pois visa estabelecer um primeiro contacto com o mesmo no sentido de o compreender a partir de um ou vários ângulos (Fortin, 2009). Para Gerbic e Stacey (2005) o método qualitativo procura apreender o carácter multidimensional dos fenómenos, bem como captar os diferentes significados de uma experiência vivida, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto. Deste método não podem ser destituídas a experiência do investigador e conhecimento na área que vai investigar, que se por um lado podem constituir uma fonte de tendências, por outro, introduzem indelevelmente uma fonte de subjetividade na pesquisa própria das análises qualitativas (Hsieh & Shannon, 2005). Na opinião de Santos (2005), os métodos qualitativos analisam o fenómeno na primeira pessoa, com focagem em dados de natureza subjetiva. Estas análises assumem assim características exploratórias e descritivas, de natureza *ongoing* e dinâmica, com constantes avanços e recuos nas suas etapas que mergulham umas nas outras dotando as conclusões de um carácter holístico e não generalizável (Santos, 2005). A recolha da amostra deve ser, sempre que possível, aleatória, e a codificação do material recolhido, por exemplo, nas entrevistas, deve seguir o método de análise de conteúdo, em que se criam unidades de registo quantificáveis e a análise de resultados pode ser um processo quantitativo, em que são contabilizadas as frequências das unidades de registo e relacionadas estas variáveis entre si (De Wever, Schellens, Valcke & Van Keer, 2006).

A análise de conteúdo, tal como se mencionou, constitui uma técnica qualitativa de análise de dados que tem habitualmente como *input* o discurso livre ou orientado (entrevista) (Hsieh & Shannon, 2005). Esta foi a técnica utilizada neste estudo para analisar o conteúdo de seis entrevistas. Para Bardin (2006) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e receção destas mensagens.

Ao contrário do método qualitativo, que comporta subjetividade, pelo menos na forma de observação e codificação dos dados, o método quantitativo faz da capacidade de generalização a sua principal vantagem (Hill & Hill, 2009). A utilização de métodos quantitativos é aconselhável quando a compreensão do fenómeno é aceitável ao ponto de ter sido observada sob diversos prismas, tornando o processo mais pragmático e menos

propenso à subjetividade (Hill & Hill, 2009).

Na opinião da investigadora, neste estudo de caso em concreto, os instrumentos de natureza mista, além de possibilitarem a análise de mais dimensões do fenómeno em estudo, permitem construir conclusões mais fidedignas, na medida em que combinam a análise do conteúdo das entrevistas com a análise de frequências das categorias dos componentes da CIF e que os dados obtidos podem validar-se mutuamente, aferindo-se o grau de concordância. Na opinião de Lima, os métodos devem servir os objetivos da investigação e por isso podem ser combinados em prol das exigências impostas para a sua concretização (Lima, 1995).

3.1. Instrumentos utilizados na recolha de dados

O processo de recolha de dados baseia-se em “colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim” e é um dos momentos que ocupa maior destaque durante a investigação porque é a partir da informação recolhida que se constroem verdades e se começam a formar conclusões (Fortin, 1999, p. 261).

Neste estudo foram utilizados três instrumentos de recolha de dados:

- 1) Análise documental;
- 2) A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
- 3) Inquérito por entrevista.

3.1.1. Análise documental

“A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos.” (Souza, Kantorski & Luis, 2011, p. 223)

Nesta investigação, a análise documental constituiu uma importante fonte de recolha de informação que ajudou a compreender a história de vida da criança e da família em estudo. Esta análise documental incidiu sobre a leitura dos documentos do processo individual do aluno – relatórios de pediatria, psicologia, terapia da fala e terapia ocupacional, relatórios técnico-pedagógicos elaborados por referência à CIF, o PEI, o PIIP, o inventário de rotinas da família e a avaliação da criança pela família (realizada através de uma entrevista estruturada) – que permitiu apreender informação relevante

sobre a família, incluindo a perspectiva de alguns profissionais envolvidos na intervenção.

3.1.2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A CIF, enquanto referência obrigatória para a classificação das NEE e para a elaboração dos relatórios técnico-pedagógicos dos alunos com NEE, mereceu, no âmbito do referencial teórico desta investigação, uma descrição concetual que incidiu sobre o seu cariz holístico. Agora, no domínio do referencial empírico, vai descrever-se a CIF enquanto instrumento de classificação.

Assim, no âmbito deste estudo, serviu de instrumento de recolha de dados sobre importantes dimensões do estudo de caso, refletidas nas componentes da CIF, nomeadamente através da utilização de análise de frequência das deficiências das funções do corpo, das dificuldades das atividades e participação e das barreiras ou facilitadores dos fatores ambientais, durante o período da investigação, que decorreu enquanto durou a intervenção.

Tendo em conta as características do estudo de caso desta investigação, as componentes da CIF abordadas e sujeitas a classificação em três momentos da investigação foram as **funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais**. Como referido anteriormente e representado em tabela, todas as componentes são quantificadas através da mesma escala genérica, importando agora explicitar quais as adaptações dessa escala para as componentes mencionadas.

Funções do Corpo

As funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos que incluem as funções psicológicas. As deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda (OMS, 2004). Desta componente fazem parte oito capítulos, dos quais se analisará um, referente às funções mentais. Na Tabela 1 apresenta-se a escala da CIF definida para as funções do corpo.

Tabela 1. Escala das funções do corpo (Adaptado da OMS, 2004)

xxx.0	NENHUMA deficiência (nenhuma, ausente, escassa)	0-4%
xxx.1	Deficiência LIGEIRA (leve, pequena, ...)	5-24%
xxx.2	Deficiência MODERADO (médio...)	25-49%
xxx.3	Deficiência GRAVE (grande, extrema, ...)	50-95%
xxx.4	Deficiência COMPLETA (total,)	96-100%
xxx.8	Não especificada	
xxx.9	Não aplicável	

Atividades e Participação

Atividade é a execução de uma tarefa por um indivíduo e a *participação* é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. Limitações das atividades são dificuldades que a pessoa pode ter na sua execução. Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real (OMS, 2004). Esta componente está dividida em nove capítulos, dos quais sete serão analisados. Na Tabela 2, apresenta-se a escala da CIF para a componente Atividades e Participação.

Tabela 2. Escala das atividades e participação (Adaptado da OMS, 2004)

xxx.0	NENHUMA dificuldade (nenhuma, ausente, escassa)	0-4%
xxx.1	Dificuldade LIGEIRA (leve, pequena...)	5-24%
xxx.2	Dificuldade MODERADA (médio...)	25-49%
xxx.3	Dificuldade GRAVE (grande, extrema...)	50-95%
xxx.4	Dificuldade COMPLETA (total...)	96-100%
xxx.8	Não especificada	
xxx.9	Não aplicável	

Fatores Ambientais

De acordo com a OMS, os fatores ambientais constituem “o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida” (2004, p. 205). Estes fatores são externos ao indivíduo e podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o seu desempenho enquanto membro da sociedade ou sobre as funções ou estruturas do corpo. A CIF considera facilitadores os fatores ambientais que através da sua ausência ou presença, melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade de uma pessoa; as

barreiras são os fatores ambientais que através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam a incapacidade (OMS, 2004). De seguida apresenta-se a Tabela 3, que contém a escala positiva e negativa que indica a extensão em que um fator ambiental se pode constituir barreira (utilização de um ponto “.”) ou facilitador (utilização do algoritmo da soma “+”). Esta componente da CIF integra cinco capítulos, dos quais se avaliaram três.

Tabela 3. Escala dos fatores ambientais (Adaptado CPDEC, s.d.)

OBSTÁCULOS	FACILITADORES
xxx.0 NENHUM Obstáculo	xxx+0 NENHUM Facilitador
xxx.1 Obstáculo LIGEIRA	xxx+1 Facilitador LIGEIRO
xxx.2 Obstáculo MODERADA	xxx+2 Facilitador MODERADO
xxx.3 Obstáculo GRAVE	xxx+3 Facilitador SUBSTANCIAL
xxx.4 Obstáculo COMPLETA	xxx+4 Facilitador COMPLETO
xxx.8 Obstáculo não especificado	xxx+8 Facilitador não especificado
xxx.9 Não aplicável	
<p>Nota: Um coeficiente (0 a 4) separado por um ponto (.) indica uma barreira. Se estiver separado do código pelo sinal (+) indica um facilitador.</p>	

3.1.3. Inquérito por entrevista

O inquérito por entrevista caracteriza-se por um contacto direto entre o investigador e os seus interlocutores, permitindo um grau elevado de autenticidade nas respostas fornecidas pelos participantes no estudo (Fortin, 2009). Embora existam alguns formatos de entrevista a grupos (focus group), o mais frequentemente utilizado é o diádico, aquele em que existe um entrevistador e um único interlocutor (Fortin, 2009).

As principais vantagens do inquérito por entrevista relacionam-se com a profundidade e qualidade dos elementos que se extraem durante a análise e ainda com a flexibilidade e pouca diretividade que permitem respeitar os próprios quadros de referência, como a linguagem e as categorias mentais dos sujeitos (Quivy & Campenhoudt, 2005). A análise de conteúdo é o método de análise de dados complementar das entrevistas, em ciências sociais, e ao qual se recorreu no âmbito desta investigação.

Pelo facto de recolherem discurso, por mais estruturada que seja a entrevista haverá sempre alguma margem para obtenção de respostas diferentes entre os vários interlocutores (Polkinghorne, 2005). Existem três tipos fundamentais de entrevista que

correspondem também a três formas distintas de entrevistar: entrevista não estruturada, entrevista semi-estruturada e entrevista estruturada (Polkinghorne, 2005).

Na entrevista não estruturada o entrevistador tem um guião com linhas de orientação mas isso não impede minimamente que sejam explorados outros temas ausentes do guião. Este tipo de entrevista respeita acima de tudo o entrevistado e o seu discurso. A postura do entrevistador é mais de encorajamento do que de orientação (Polkinghorne, 2005).

A entrevista semi-estruturada, segundo Fortin (2009), é especialmente utilizada em estudos em que o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes. Este tipo de entrevista tem por base um guião construído com vista a dar resposta aos objetivos do estudo e embora haja uma estruturação da entrevista definida, é permitida a alteração da ordem das questões, ou mesmo a introdução de outras, com o objetivo de otimizar a recolha de dados. Para De Wever, Schellens, Valcke e Van Keer (2006) ao utilizar a entrevista semiestruturada o investigador tem uma base onde se encontram os tópicos a serem abordados, mas possui margem para explorar determinados tópicos definidos ou outros que possam surgir, tomando em mãos o curso da entrevista.

Na entrevista estruturada, o entrevistador tem um guião, que cumpre fielmente. Esta técnica tem como vantagens a maior estruturação da informação recolhida e maior verosimilhança (King, 1994). Limita os entrevistados a fornecerem um só tipo de resposta e não comporta flutuações ou explanação de outros assuntos, mesmo que relacionados com o enunciado original. Esta técnica é muito utilizada quando se pretende comparar resultados entre as respostas fornecidas (King, 1994).

No âmbito desta investigação foram realizadas cinco entrevistas; uma a cada educadora de infância e duas à professora de educação especial, no início e no fim da intervenção, e uma à família (mãe), no fim da intervenção. Por indisponibilidade de horário da mãe, não foi possível realizar-se uma entrevista no início da intervenção, tendo-se optado por recorrer à análise de conteúdo de uma entrevista estruturada, baseada na “Avaliação da Criança/Jovem pela Família” do Centro de Estudos e Apoio à Criança e à Família de Lisboa e Vale do Tejo, realizada pela professora de educação especial à mãe, no início do ano letivo, no âmbito da construção do PEI do aluno.

Nas entrevistas realizadas pela investigadora, considerou-se que o tipo semi-estruturado seria o mais adequado aos objetivos estipulados: captar as práticas e representações sobre a parentalidade, transdisciplinaridade, transversalidade das práticas, desenvolvimento global da criança e intervenção na família.

Os guiões das entrevistas foram construídos por perguntas abertas, o que trouxe várias vantagens para os entrevistados, que se puderam expressar enquanto elaboravam o pensamento e revelavam a intensidade dos seus sentimentos, e para o investigador, que pôde identificar “quadros de referência e influências motivacionais” nas suas respostas (Foddy, 2002, p. 143).

Com base nos objetivos, foram desenhados os guiões das entrevistas, que se apresentam na Tabela 4.

Tabela 4. Guiões das entrevistas

	MÃE	EDUCADORA DE INFÂNCIA	PROFESSORA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
	OBJETIVOS		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceber a opinião da mãe sobre o desenvolvimento global (as dificuldades e as potencialidades) do C; ▪ Avaliar a relação de afeto mãe ↔ criança; ▪ Apreender quais as expectativas que a mãe tem em relação ao filho; ▪ Perceber se o comportamento da criança provoca ansiedade na mãe e, se sim, em que momentos; ▪ Conhecer as rotinas da família. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceber quais são as dificuldades e as potencialidades da criança; ▪ Perceber se a criança está incluída no contexto de JI; ▪ Perceber se o aluno está a beneficiar dos apoios educativos e terapêuticos adequados; ▪ Aferir qual a participação parental desta família no JI; ▪ Avaliar a participação dos profissionais na operacionalização dos objetivos; ▪ Avaliar a relação de afeto mãe ↔ criança; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceber quais são as dificuldades e as potencialidades da criança. ▪ Perceber se o aluno está a beneficiar dos apoios educativos e terapêuticos adequados. ▪ Aferir qual a participação parental desta família no JI. ▪ Avaliar a transdisciplinaridade da equipa e a relação entre os profissionais. ▪ Avaliar a relação de afeto mãe ↔ criança;
	QUESTÕES		
1º ANO LETIVO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eu descrevo o meu filho como... ▪ O dia típico do meu filho é... ▪ Aquilo onde o meu filho é realmente bom ou que gosta mais de fazer é... ▪ Aquilo onde o meu filho necessita de ajuda é... ▪ Os progressos recentes ou mudanças que, em casa, tenho visto no meu filho são... ▪ O que gostamos mais de fazer quando estamos juntos... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais as áreas de desenvolvimento do C que considera mais fortes e as áreas em que apresenta mais dificuldade? ▪ Como integra o aluno nas rotinas do JI? ▪ Qual é a sua opinião sobre o apoio da Educação Especial e das Terapias? ▪ Como considera a participação da família (mãe) nas atividades realizadas e propostas pelo no JI? ▪ Como considera o grau de envolvimento da família (mãe) no desenvolvimento global do C? ▪ Qual a sua opinião sobre o relacionamento entre a criança e a mãe? ▪ Neste momento, sente que esta família (mãe) está a aproveitar a oportunidade de se tornar num agente facilitador para o desenvolvimento do seu filho? ▪ Os profissionais envolvidos participam ativamente na operacionalização PIIP? ▪ Qual a sua opinião sobre a IP em contexto de JI? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como caracteriza esta família? ▪ Qual a sua opinião sobre o relacionamento entre criança e a mãe? ▪ Qual a sua opinião sobre a IP em contexto de JI? ▪ Quanto ao desenvolvimento global do CF, quais as áreas que considera fortes e as áreas que considera mais fracas? ▪ Os apoios prestados à família têm sido eficazes para a concretização dos objetivos? ▪ Como articula o trabalho que desenvolve com os diferentes profissionais envolvidos? E concretamente com a Educadora de Infância? ▪ Esta família (mãe) está a aproveitar a oportunidade de se tornar um agente facilitador do desenvolvimento global da criança? ▪ Considera que esta intervenção está a ser eficaz?

OBJETIVOS

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aferir quais os progressos da criança após a intervenção; ▪ Perceber se a criança beneficiou dos apoios educativos e terapêuticos adequados; ▪ Perceber qual a participação parental desta família no JI; ▪ Avaliar a participação dos profissionais na operacionalização dos objetivos; ▪ Avaliar a relação de afeto mãe ↔ criança; ▪ Perceber se a família teve acesso aos apoios adequados para a promoção da sua autonomia e promoção de competências parentais. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceber quais os resultados alcançados ao nível do desenvolvimento global da criança; ▪ Perceber se o aluno está a beneficiar dos apoios educativos e terapêuticos adequados; ▪ Perceber qual a participação parental desta família no JI; ▪ Avaliar a transdisciplinaridade da equipa na operacionalização dos objetivos; ▪ Avaliar a relação de afeto mãe ↔ criança; ▪ Perceber se a família teve acesso aos apoios adequados para a promoção da sua autonomia e promoção de competências parentais. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceber quais os resultados alcançados ao nível do desenvolvimento global da criança. ▪ Perceber se a família teve acesso aos apoios adequados para a promoção da sua autonomia e promoção de competências parentais. ▪ Perceber qual a participação parental desta família no JI. ▪ Avaliar a transdisciplinaridade da equipa e a relação entre os profissionais. ▪ Avaliar a relação de afeto mãe ↔ criança. |
|---|--|---|

QUESTÕES

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • O que pensa do apoio especializado que o C recebe no Jardim de Infância? Nota que houve progressos? Em que aspetos? • A mãe esteve presente nas reuniões para elaboração e avaliação do PIIP? A sua participação foi importante? • O que pensa a mãe sobre a evolução do seu filho, desde a entrada no JI, até hoje? • Sente que os apoios sociais têm sido eficazes na resolução dos vossos problemas? Diga porquê. • Neste momento qual a maior dificuldade que a sua família tem? O que está a ser feito para a ultrapassar? E quais os recursos? • Sei que já disse algumas vezes que gostava de deixar de fumar e de beber. Tem ido às consultas de acompanhamento médico? • Houve um programa de formação parental que não quis frequentar. Porquê? • Vem assistir às sessões de terapia que o C frequenta? E às atividades planeadas para a participação dos pais no JI? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais as áreas de desenvolvimento mais fortes e as mais fracas, do C? Houve evolução em que áreas? ▪ Como integra e promove a participação do aluno nas rotinas do JI? ▪ O tempo que o aluno usufrui de apoio de Educação Especial e das Terapias é suficiente? Há continuidade do trabalho realizado nesses apoios, em contexto de JI e em casa? ▪ Como considera a participação da família nas atividades realizadas e propostas pelo JI? ▪ Como considera o grau de envolvimento da família no processo educativo e desenvolvimento global do C? ▪ Neste momento sente que o JI é um espaço que tranquiliza ou preocupa a família do C? ▪ Sente que esta família (mãe) teve oportunidade de se tornar um agente facilitador para o desenvolvimento do seu filho? ▪ Tendo constituído a equipa que implementou o PIIP, como avalia a eficácia dessa intervenção? ▪ Neste momento, qual é a sua opinião sobre o relacionamento entre o C e a mãe? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Como caracteriza esta família? ▪ Qual a sua opinião sobre o relacionamento entre a criança e a mãe? ▪ Quanto ao desenvolvimento global do C, neste momento quais as áreas que considera fortes e as áreas que considera mais fracas? ▪ Os apoios prestados à família têm sido eficazes para a promoção da sua autonomia e para a promoção de competências parentais? ▪ Como articula o trabalho que desenvolve com esta família, com os diferentes profissionais envolvidos no apoio à mesma? ▪ Para si, esta família (mãe) aproveitou a oportunidade de se tornar um agente facilitador para o desenvolvimento do filho? Como avalia a sua participação no JI? ▪ Esta intervenção foi eficaz na concretização dos objetivos delineados? |
|--|--|--|

3.2. Procedimentos

A investigação reportada nesta dissertação teve a duração de 20 meses, período compreendido entre novembro de 2010 e junho de 2012. No ano letivo 2014/2015, no âmbito da frequência do segundo ano de mestrado de Educação Especial, justificou-se refletir sobre o estudo desenvolvido e organizá-lo de modo a construir-se a presente dissertação.

Para realizar a investigação foi solicitada autorização à Direção do Agrupamento de Escolas (Anexo A) e ao encarregado de educação da criança (Anexo B), onde se identificaram o tema e os propósitos da investigação e ainda onde houve o compromisso de sigilo sobre a identidade da criança, da família e do agrupamento de escolas. No presente ano letivo, 2014/2015, houve a necessidade de se consultar novamente o processo do aluno, tendo sido pedida nova autorização à Direção do Agrupamento de Escolas (Anexo C).

Como se referiu na *metodologia*, o estudo recorreu a uma abordagem qualitativa-quantitativa, constituída pela análise documental, análise de conteúdo das entrevistas e pela análise quantitativa dos dados da CIF.

Relativamente aos procedimentos da abordagem qualitativa, elaboraram-se guiões para as entrevistas, de acordo com os objetivos da investigação. As entrevistas foram analisadas pela investigadora através de uma análise de conteúdo e identificaram-se conceitos significativos relacionados com os objetivos.

Quanto aos procedimentos da abordagem quantitativa, selecionaram-se as categorias da CIF (funções do corpo) e da CIF-CJ (atividades e participação e fatores ambientais) atendendo aos objetivos delineados para a investigação, às observações, aos relatórios (de pediatria, de psicologia, de terapia da fala, de terapia ocupacional, disponíveis no processo do aluno) e à informação facultada pelos profissionais envolvidos.

O uso da CIF enquanto ferramenta de investigação para medir resultados, constitui um instrumento quantitativo, cujos resultados permitiriam validar ou refutar os dados obtidos na análise de conteúdo das entrevistas (abordagem qualitativa), nomeadamente através da utilização de análise de frequências dos componentes da CIF. Para isso recorreu-se ao programa informático Excel 2007, onde se elaboraram tabelas e quadros de frequência que permitiram a construção dos gráficos exibidos na presente dissertação.

4. ESTUDO DE CASO

Durante dois anos letivos, realizou-se um estudo sobre uma família alvo de um plano individual de intervenção precoce, com uma criança em risco com Atraso Global de Desenvolvimento, com quatro anos de idade, que frequentava um jardim-de-infância do distrito do Porto e estava a ser acompanhada pela ELI e pela CPCJ, em simultâneo.

4.1. Contextualização

De modo a proteger a identidade da criança, optou-se por chamar a criança de “C”. O C é o mais novo de sete irmãos. Trata-se de uma família monoparental, constituída por seis elementos: o C, a mãe e quatro irmãos com idades compreendidas entre 8 e 19 anos. O C tem ainda mais dois irmãos, adultos, fruto do relacionamento da mãe com o primeiro marido, que já têm uma vida independente.

Segundo a mãe do C, ela e o atual marido (pai do C) estão separados mas esta e os seus filhos passam algum tempo com ele devido à proximidade das habitações e por este ser doente e necessitar de ajuda na limpeza da casa. Tanto a mãe como o pai do C encontram-se reformados.

O período de gestação e o parto decorreram normalmente, sem incidentes. O C começou a andar por volta dos 20 meses e a mãe refere que nessa altura se apercebeu que relativamente aos irmãos este filho estava a demorar mais a andar e também a falar; refere que o C já tinha mais de 36 meses quando ela começou a entender algumas palavras que ele dizia. Relativamente ao comportamento do filho, refere que sempre se revelou uma criança agressiva com os irmãos ou com qualquer pessoa que se aproximasse dele e que não o deixa sozinho com os irmãos por ser muito violento, já os tendo magoado “a sério” várias vezes e a ela própria.

4.2. Sinalização, acompanhamento e intervenção

Em março de 2010, numa consulta de medicina familiar, realizada no centro de saúde local, este caso foi sinalizado pelo médico de família à equipa local de intervenção precoce (ELI), por a criança apresentar falta de cuidados básicos de higiene e défices na comunicação, autonomia e socialização. Posteriormente este caso foi também referenciado à CPCJ.

De acordo com o processo individual do aluno, a criança realizou uma avaliação do desenvolvimento na Unidade de Avaliação do Desenvolvimento e Intervenção Precoce (UADIP) entre maio e julho de 2010, onde lhe foi diagnosticado Atraso Global do

Desenvolvimento e de onde houve a indicação da necessidade urgente da frequência do jardim-de-infância (JI) e das terapias da fala e ocupacional. No início do ano letivo 2010/2011 o C foi matriculado num JI do mesmo agrupamento de escolas frequentado pelas suas irmãs. A educadora de infância referenciou o aluno para uma avaliação de Educação Especial e ao abrigo do DL 3/2008, o aluno começou a usufruir do apoio de uma professora de Educação Especial 6 horas por semana (duas horas às segundas, terças e sextas).

No início de novembro, um elemento representante da ELI e da CPCJ reuniu-se com a educadora de infância, a professora de educação especial e com a mãe do C, no JI, no sentido de se avaliar quais as necessidades e recursos desta família (ver Tabela 5 – Avaliação Ecológica) e dar início à elaboração de um plano que visasse ultrapassar essas dificuldades e potencializar os recursos (ver Tabela 6 – PIIP). Nessa primeira reunião estabeleceram-se objetivos e estratégias referentes aos domínios da Formação Pessoal e Social e Expressão e Comunicação, Relação mãe/criança e Formação Parental e refletiu-se sobre objetivos para os domínios da Habitação e Financeiro, que exigiam intervenção da Câmara Municipal e da Segurança Social. Na reunião seguinte, em fevereiro, constituída pelos mesmos intervenientes, houve a necessidade de alertar para o número de faltas injustificadas que a criança tinha no JI e nas terapias da fala e ocupacional (iniciadas em janeiro) comprometendo assim a sua evolução no domínio da Formação Pessoal e Social e da Expressão e Comunicação e ainda para a falta de higiene e pediculose que a criança apresentava recorrentemente e de que já teria sido avisada algumas vezes pela educadora de infância. A mãe referiu que o JI era longe da habitação (1km), que por vezes perdia o autocarro para o centro da cidade para levar o C às terapias e que o filho só começou com o problema de pediculose após frequentar o JI; no entanto, comprometeu-se a melhorar estes aspetos. Nesta reunião delinear-se objetivos para o domínio Financeiro, programando-se acionar o subsídio para crianças com NEE e o abono de família para crianças e jovens portadores de deficiência. Sobre o domínio da Habitação, necessitava-se de uma declaração da Junta de Freguesia, que a mãe se tinha esquecido de requerer mas que se comprometeu a tratar dessa situação e a entregar a declaração na Câmara Municipal.

Em junho houve nova reunião e dada a falta de assiduidade no programa pré-escolar e nas terapias ocupacional e da fala, redefiniram-se estratégias nestes domínios (Formação Pessoal e Social e Expressão e Comunicação), programando-se, para o início do ano letivo seguinte (2011/2012), a transferência da criança para um JI mais perto da habitação da família, salvaguardando-se o apoio da Educação Especial pela mesma

docente, e ponderando-se a hipótese das sessões das terapias virem a ser realizadas também no JI; a mãe concordou com a planificação destas estratégias que vieram a ser implementadas em setembro de 2011. Sobre o domínio da Habitação, o pedido para a família ter acesso à habitação social, estava a ser avaliado pela Câmara Municipal. Relativamente ao domínio da Saúde, a mãe foi alertada por ter faltado a uma consulta de acompanhamento para reduzir o consumo de álcool e tabaco.

Em dezembro de 2011, decorreu a quarta reunião de avaliação do PIIP, no novo JI que o C estava a frequentar, com a nova Educadora de Infância e com os restantes elementos. Foram referidos os aspetos em que a criança estava a melhorar: auto-cuidados, motricidade fina, comunicação e interação social. A mãe foi alertada por raramente comparecer às sessões de terapia da fala e ocupacional, agora realizadas no JI e foi mais uma vez referida a importância desse acompanhamento para que pudesse aprender a dar sequência ao trabalho das terapeutas e dessa forma potenciar ainda mais a aprendizagem da criança; mencionou-se a falta de higiene (corpo e vestuário) e pediculose que a criança apresentava e foi referido que no centro de saúde tinha sido dado o produto para a pediculose e explicado como aplicar; referiu-se que a criança apresentava hematomas e outras marcas no corpo; por último ressaltou-se o facto de a assiduidade da criança no JI ter melhorado relativamente ao ano anterior e de a mãe estar a frequentar consultas de acompanhamento para reduzir o álcool e o tabaco. A mãe referiu que era complicado assistir às sessões das terapias porque tinha trabalho em casa para fazer; sobre a falta de higiene disse que a criança se sujava frequentemente, que não tinha culpa, e sobre a pediculose, que usou o produto mas que não tinha adiantado; relativamente à referência sobre as marcas que a criança apresentava, a mãe referiu que quando a criança fazia birra, se atirava para o chão de propósito e afirmou que lhe batia em algumas situações; em relação à assiduidade referiu que agora era mais fácil trazê-lo ao JI porque era muito mais perto da habitação e sobre as suas consultas disse que estava a fumar menos. Comprometeu-se a melhorar os aspetos negativos abordados.

Na reunião seguinte, em abril de 2012, composta pelos mesmos intervenientes, referiram-se os mesmos aspetos positivos e negativos denunciados na última reunião, acrescentando-se, sobre os últimos, que a mãe tinha deixado de comparecer às consultas de acompanhamento para redução do consumo de álcool e tabaco e tinha recusado frequentar um programa de formação parental. Sobre os novos aspetos a mãe referiu que já fumava menos e que tinha deixado de comprar álcool e não tinha ido ao programa de formação parental porque sabia tomar conta dos filhos; sobre os restantes aspetos justificou com os mesmos argumentos apresentados na reunião anterior. A reunião de

abril foi a última reunião de avaliação do PIIP com todos os intervenientes presentes porque a mãe viria a faltar a uma reunião realizada em julho.

Na reunião de julho reavaliou-se os objetivos e estratégias delineados para esta família e além dos aspetos negativos debatidos que não melhoraram, teve-se em conta novos factos, tais como a criança se ter queimado com água a ferver em casa, no mês de maio, e a mãe só o ter levado ao centro de saúde dois dias depois do acidente, da criança ter faltado ao JI durante três semanas sem a mãe avisar sobre a situação. Dias após esta reunião, a CPCJ informou que o caso iria passar para a alçada da EMAT. O C e duas irmãs menores viriam a ser institucionalizados meses mais tarde.

4.3. Avaliação Ecológica e Plano Individual de Intervenção Precoce

No âmbito desta investigação, a avaliação ecológica da família e o PIIP foram organizados segundo a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, dado que, no campo da IP, toma-se como referência a perspetiva ecológica e de ser a que, após pesquisa bibliográfica, na nossa opinião, melhor permite apresentar, descrever e interpretar os múltiplos fatores envolvidos no desenvolvimento humano, principalmente quando se trata de uma criança com AGD, cujo desenvolvimento, depende ainda mais de todos os fatores ambientais, destacando-se, a família, que constitui o contexto primário do microssistema. Por sua vez, a família, irá necessitar de uma intervenção ao nível de apoios e serviços situados no mesossistema, exossistema e macrossistema.

Com base nos dados recolhidos a partir da análise da avaliação da criança realizada pela família (Anexo D) e do inventário das rotinas da família (Anexo E), das conversas formais e informais com a mãe, da consulta dos apoios/serviços prestados à família e de todos os documentos disponíveis no processo do aluno, tais como relatórios clínicos e pedagógicos e o PEI (Anexo F), elaborou-se a avaliação ecológica desta família, que se apresenta na Tabela 5.

De acordo com a avaliação ecológica, delineou-se um PIIP, que se apresenta na Tabela 6. O PIIP contempla as necessidades e recursos da criança e da família, assim como as estratégias e os objetivos delineados, para os quatro níveis de intervenção: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. Destaca-se, ao nível do microssistema, os objetivos a atingir pela criança, nomeadamente, na área da formação pessoal e social, em aspetos valorizados pela mãe (tais como, estabelecer regras e limites e saber alimentar-se segundo as regras sociais), que constituíam para si situações de ansiedade. Ao nível do mesossistema, ressalva-se o objetivo delineado para a mãe, de

frequentar um programa de formação parental e por parte da educadora de infância de envolver a mãe em atividades do Jardim-de-Infância (participação em atividades artísticas, confeção de bolos, preparação e participação nas festas e em momentos lúdicos) de forma a potenciar-lhe as competências parentais e a aumentar-lhe a autoestima. Relativamente ao nível do exossistema, salienta-se, no domínio da saúde, a frequência de consultas médicas para a mãe diminuir o consumo de álcool e tabaco. Por último, ao nível do macrossistema, no domínio financeiro, destaca-se o objetivo da bonificação de abono de família para crianças e jovens portadores de deficiência e do subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial.

Tabela 5.
Avaliação Ecológica

NÍVEIS DO SISTEMA ECOLÓGICO	FATORES NEGATIVOS	FATORES POSITIVOS
MICROSSISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Clima afetivo pobre; • Interação mãe/filho pobre; • Desarmonia familiar; • Falta de formação parental; • Pais com nível de escolaridade baixo; • Mãe com problemas de tabagismo e alcoolismo; • Criança com NEE com elevado déficit na comunicação, autonomia, cognição e interação social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência do Jardim-de-Infância; • Irmãos ajudam na gestão da casa; • Boa relação entre criança/educadora-de-infância e professora de educação especial.
MESOSSISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Escassa ligação entre a família e a ELI/CPCJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Boa relação entre a mãe e a Educadora de Infância; • Boa relação entre a mãe e a Professora de Educação Especial;
EXOSSISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Carências a nível económico e social; • Condições de vida causadoras de stress (deslocações); • Ausência de uma rede social de apoio de qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Benefício do Rendimento Social de Inserção; • Tempo disponível para ao pais estarem com os filhos: pais estão divorciados mas ambos não trabalham;
MACROSSISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Clima social e económico tenso; • Legitimação da violência: mãe assume bater no filho; • Cuidados básicos de higiene precários; • Problemática devido à habitação precária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização cultural da família e do papel dos pais; • Valorização cultural da infância; • Progressos da medicina e das tecnologias.

(Adaptado de Palacios & Rodrigo, 1998; Gabarino & Ganzel, 2000, citado por Almeida, 2007)

Tabela 6.

Plano Individual de Intervenção Precoce

NÍVEL DE INTERVENÇÃO: MICROSSISTEMA

OBJETO DE INTERVENÇÃO	DOMÍNIOS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	PARTICIPANTES	DURAÇÃO PREVISTA
CRIANÇA	Formação Pessoal e Social	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver capacidades de concentração e atenção; • Estabelecer regras e limites; • Fomentar as relações entre pares; • Alimentar-se de acordo com as regras sociais; • Vestir-se com a ajuda de um adulto; • Despir-se sem a ajuda de um adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um tempo, aproximadamente 5 minutos, para que a criança permaneça na mesma atividade/área escolhida, conjuntamente com os pares; • Colocar a criança junto do adulto quando se escuta uma história; • Valorizar comportamentos e atitudes positivas através de reforços positivos; • Acompanhamento por parte da Professora de Educação Especial durante as horas das refeições e as atividades de expressão motora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço e material disponível no jardim-de-infância; • Cantina; 	<ul style="list-style-type: none"> • Criança; • Educadora de Infância; • Terapeuta Ocupacional; • Professora de Educação Especial; 	<ul style="list-style-type: none"> • Dois anos letivos;
CRIANÇA	Expressão e Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de um maior domínio da linguagem oral, a nível do vocabulário e da articulação correcta das palavras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a interpretação de imagens; • Proporcionar o contacto com o código escrito (livros, revistas, jornais, computador); • Incentivar a criança a desenhar, porque a escrita é o desenho de letras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço e material disponível no jardim-de-infância; 	<ul style="list-style-type: none"> • Criança; • Terapeuta da Fala; • Educadora de Infância; • Terapeuta Ocupacional; • Professora de Educação Especial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dois anos letivos;

MÃE	Relação mãe/criança	<ul style="list-style-type: none"> • Criar momentos de interação mãe/filhos (Criar situações de jogo, brincadeiras e lazer); • Redefinir as rotinas e estabelecer horários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Passear com os filhos (idas a parques infantis e a atividades promovidas pelo agrupamento); • Acompanhar e participar nas brincadeiras dos filhos; • Envolver os filhos nas atividades de culinária e de gestão da casa; • Contar histórias no momento de deitar as crianças; • Deitar os filhos mais cedo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Mãe; • Filhos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Dois anos letivos;
MÃE	Formação Parental	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver as capacidades pessoais e sociais, de promoção parental e de autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingressar num curso de Formação Parental; • Envolver a mãe em atividades do Jardim-de-Infância (participar em atividades, confeção de bolos, preparação e participação nas festas). 		<ul style="list-style-type: none"> • Mãe; • Assistente Social; • Educadora de Infância; • Professora de Educação Especial; • Associação de Pais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dois anos letivos;

NÍVEL DE INTERVENÇÃO: MESOSSISTEMA

OBJETO DE INTERVENÇÃO	DOMÍNIOS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	PARTICIPANTES	DURAÇÃO PREVISTA
FAMÍLIA	Relação família/educadora/professora de educação especial	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver e capacitar a família na tomada de decisões; • Procurar envolver o pai nas atividades; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar informalmente com a família; • Reunir periodicamente com a Mãe/Educadora/Professora de Educação Especial com a finalidade de reavaliar o PIIP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jardim-de-Infância 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe; • Pai; • Educadora de Infância; • Professora de Educação Especial; 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante dois anos letivos;
	Relação Família – ELI/CPCJ	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a comunicação entre a mãe e a ELI/CPCJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar que as reuniões entre família e a ELI/CPCJ ocorram no Jardim-de-Infância, de forma que a Educadora possa ser agente facilitador no processo de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jardim-de-Infância 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe; • Educadora de Infância; • Professora de Educação Especial; • Técnica representante da ELI/CPCJ 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante dois anos letivos;

NÍVEL DE INTERVENÇÃO: EXOSSISTEMA

OBJETO DE INTERVENÇÃO	DOMÍNIOS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	PARTICIPANTES	DURAÇÃO PREVISTA
CRIANÇA	SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a qualidade de vida/saúde da criança; Solucionar o problema da pediculose. 	<ul style="list-style-type: none"> Marcar consultas médicas com a finalidade de resolver questões de saúde da criança; Ir às consultas médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Centro de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Mãe; Filho; Médico de família. 	<ul style="list-style-type: none"> Dois anos letivos;
MÃE	SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a qualidade de vida/saúde; Diminuir o consumo de tabáco e abandonar o consumo de álcool. 	<ul style="list-style-type: none"> Marcar consulta no médico de família com a finalidade de a ajudar a diminuir o consumo de álcool e tabaco; Ir às consultas médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Centro de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Mãe; Médico de família; Psicólogo. 	<ul style="list-style-type: none"> Dois anos letivos;
	HABITAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer contactos com a câmara municipal local. 	<ul style="list-style-type: none"> Formalizar o processo de realojamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Câmara Municipal 		

NÍVEL DE INTERVENÇÃO: MACROSSISTEMA

OBJETO DE INTERVENÇÃO	DOMÍNIOS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	PARTICIPANTES	DURAÇÃO PREVISTA
CRIANÇA E FAMÍLIA	FINANCEIRO (subsídios)	<ul style="list-style-type: none">• Bonificação de abono de família para crianças e jovens portadores de deficiência;• Subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial.	<ul style="list-style-type: none">• Ir à Segurança Social	<ul style="list-style-type: none">• Segurança Social	<ul style="list-style-type: none">• Técnica de Serviço Social	<ul style="list-style-type: none">• Dois anos letivos;

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1. Funções do corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais por referência à CIF

Realizaram-se três momentos de avaliação por referência à CIF: a primeira avaliação (ver Anexo G) ocorreu antes da implementação do Plano Individual de Intervenção Precoce e do Programa Educativo Individual, no início do ano letivo 2010/2011; a segunda avaliação (ver Anexo H) e a terceira avaliação (ver Anexo I) decorreram no início e no fim do ano letivo 2011/2012, respetivamente.

A análise dos resultados será apresentada pela ordem que as diversas componentes ocupam na CIF: primeiro os resultados da componente Funções do Corpo, segundo os resultados da componente Atividades e Participação e em terceiro os resultados da componente Fatores Ambientais.

5.1.1. Funções do corpo

A componente funções do corpo inclui oito capítulos: 1) Funções mentais; 2) Funções sensoriais e dor; 3) Funções da voz e da fala; 4) Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório; 5) Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino; 6) Funções geniturinárias e reprodutivas; 7) Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento; e 8) Funções da pele e estruturas relacionadas.

De acordo com a informação reunida do processo individual do aluno ao longo da intervenção, será possível classificar o capítulo das funções mentais.

Capítulo 1 – Funções Mentais

Primeira avaliação (ver Anexo G – Checklist 1)

Nas funções mentais globais, o CF apresenta deficiência moderada nas funções intelectuais (b117.2) e nas funções psicossociais globais (b122.3), revelando muita dificuldade no estabelecimento de interações sociais recíprocas.

Nas funções mentais específicas, apresenta deficiência grave nas funções da atenção (b140.3), tendo imensa dificuldade em concentrar-se num estímulo externo pelo período de tempo necessário esperado para a sua faixa etária e deficiência grave nas funções mentais da linguagem (b167.3), tanto na receção (b1670.3) como na expressão

(b1671.3) da linguagem.

Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

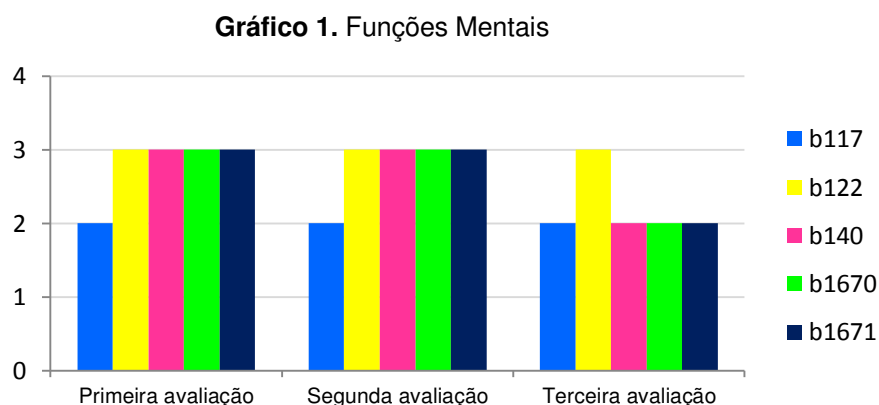
Relativamente às funções e estruturas do corpo a classificação da primeira avaliação mantém-se em todos os indicadores avaliados: Funções mentais globais: Funções intelectuais (b117.2); Funções psicossociais globais (b122.3). Funções mentais específicas: Funções da atenção (b140.3); Funções mentais da linguagem (b167.3) – Recepção da linguagem (b1670.3) e Expressão da linguagem (b1671.3).

Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

Relativamente às funções e estruturas do corpo, a classificação da segunda avaliação mantém-se nas Funções Intelectuais (b117.2) e nas Funções Psicossociais globais (b122.3) respeitantes às Funções Mentais Globais.

Nas Funções Mentais Específicas, apresenta deficiência moderada nas funções da atenção (b140.2), tendo dificuldade em concentrar-se num estímulo externo pelo período de tempo necessário esperado para essa faixa etária. Relativamente às funções mentais da linguagem, apresenta menor dificuldade na recepção da linguagem (b1670.2), descodificando mensagens orais e linguagem de sinais; também melhorou a expressão da linguagem (b1671.2), conseguindo produzir mensagens com significado através da linguagem oral ou de sinais (como por exemplo apontando para a barriga quando tem fome e dizer “quéo comê”).

De forma a visualizar-se os resultados das categorias avaliadas do capítulo das funções mentais, elaborou-se o Gráfico 1, onde é possível ver e comparar a evolução da criança nesta categoria, nos diversos parâmetros avaliados.



De acordo com os resultados não houve progressos entre a primeira e a segunda avaliação. Já na terceira avaliação registou-se uma melhoria alicerçada no facto de as funções mentais específicas da atenção (b140) e da linguagem (b167) - quer ao nível da receção (b1670) e da expressão (b1671) - terem reduzido o grau de deficiência do nível 3 para o nível 2.

Concluída a apresentação da análise dos resultados da componente funções do corpo, apresenta-se, no Gráfico 2, o resultado médio global, decorrente dos três momentos de avaliação, onde se percebe a diminuição do grau de deficiência ao longo da intervenção.

Gráfico 2. Funções do Corpo – Resultado médio global



5.1.2. Atividades e participação

A componente atividades e participação divide-se em nove capítulos: 1) Aprendizagem e aplicação de conhecimentos; 2) Tarefas e exigências gerais; 3) Comunicação; 4) Mobilidade; 5) Autocuidados; 6) Vida doméstica; 7) Interações e relacionamentos interpessoais; 8) Áreas principais da vida; e 9) Vida comunitária, social e cívica. De acordo com a informação disponível e com as categorias que mais se adaptam à criança deste estudo de caso, os capítulos analisados são o 1) Aprendizagem e aplicação de conhecimentos; 2) Tarefas e exigências gerais; 3) Comunicação; 4) Mobilidade; 5) Autocuidados; 7) Interações e relacionamentos interpessoais; e 8) Áreas principais da vida.

Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação de conhecimentos

Primeira avaliação (ver Anexo G – Checklist 1)

O CF necessita de orientação direta do adulto para permanecer em atividades estruturadas e os seus períodos de atenção e concentração em atividade autónoma são curtos e muito imaturos.

Na aprendizagem e aplicação de conhecimentos, o CF revela dificuldade grave na aprendizagem através de ações e manipulação de objectos (d131.3), não sendo ainda capaz de aprender através do jogo simbólico ou brincar ao “faz de conta”, como por exemplo, alimentar ou vestir uma boneca; dificuldade completa na aquisição de conceitos (d1370.4), não conseguindo usar conceitos básicos, como o tamanho e a forma; dificuldade grave em adquirir competências (d155.3), não conseguindo desenvolver capacidades básicas necessárias para executar uma determinada tarefa do princípio ao fim; dificuldade grave em concentrar a atenção (d160.3), não conseguindo abstrair-se dos ruídos ou movimentos exteriores, apresentando um comportamento inquieto e nervoso; e dificuldade em direccionar a atenção (d161.3), não sendo capaz de manter intencionalmente a atenção numa tarefa específica.

Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

Na aprendizagem e aplicação de conhecimentos, o CF melhorou a capacidade de manipular objetos (d131.2) sendo agora mais capaz de aprender através do jogo simbólico e de brincar ao “faz de conta”; dificuldade grave na aquisição de conceitos (d1370.3) conseguindo agora reconhecer o conceito básico de tamanho (“grande” e “pequeno”) por exemplo, por oposição de dois objetos e de um adulto e uma criança; continua a verificar-se dificuldade grave em adquirir competências (d155.3), não conseguindo desenvolver capacidades básicas necessárias para executar uma determinada tarefa do princípio ao fim; dificuldade grave em concentrar a atenção (d160.3), não conseguindo abstrair-se dos ruídos ou movimentos exteriores, apresentando um comportamento inquieto e nervoso; dificuldade em direccionar a atenção (d161.3), não sendo capaz de manter intencionalmente a atenção numa tarefa específica.

Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

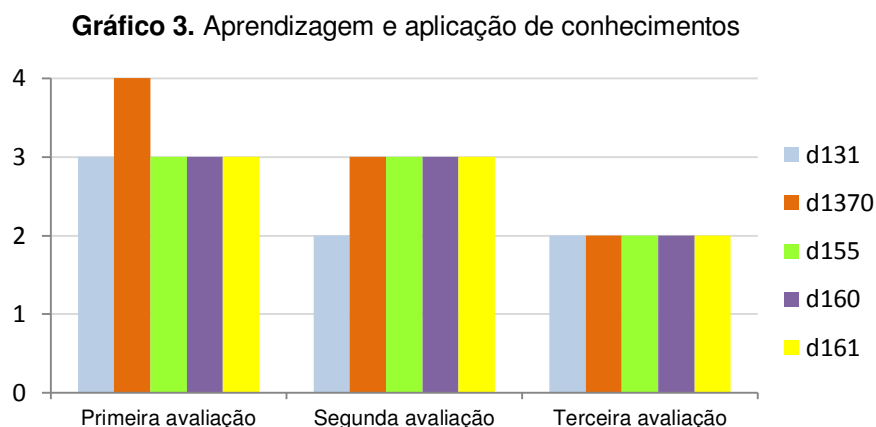
O CF continua a necessitar de orientação direta do adulto para permanecer em atividades estruturadas mas os seus períodos de atenção e concentração em atividade

autónoma duram agora mais tempo.

Mantém a classificação da segunda avaliação relativamente à manipulação de objetos (d131.2). Diminuiu a dificuldade no que respeita a aquisição de conceitos (d1370.2), compreendendo agora os conceitos básicos de quantidade (“muito” e “pouco”) e de igual e oposto. Verifica-se dificuldade em adquirir competências (d155.2) mas consegue agora executar uma determinada tarefa do princípio ao fim com o acompanhamento do adulto; apresenta dificuldade moderada em concentrar a atenção (d160.2) e ainda que não consiga abstrair-se dos ruídos ou movimentos exteriores, apresenta um comportamento menos inquieto e continua a tarefa; tem dificuldade em direcionar a atenção (d161.2), mas é mais capaz de manter intencionalmente a atenção numa tarefa específica.

Finalizada a apresentação e análise dos dados referentes à aprendizagem e aplicação de conhecimentos, apresenta-se o Gráfico 3, de forma a facilitar a visualização e perceção da evolução das diversas categorias enunciadas, durante a intervenção educativa.

A categoria “aquisição de conceitos” (d1370) é a única que apresenta evolução desde a primeira à última avaliação, apresentando dificuldade completa na primeira avaliação, dificuldade grave na segunda avaliação e dificuldade moderada na terceira avaliação.



As restantes categorias apresentam dificuldade grave na primeira avaliação. Na segunda avaliação nota-se uma melhoria na categoria “aprender através da interação com os objetos” (d131) diminuindo a dificuldade para o grau moderado, que se vem a manter na terceira classificação. Da segunda para a terceira avaliação há progressos evidentes nas categorias da “adquirir competências” (d155), “concentração a atenção” (d160) e em “dirigir a atenção” (d161), diminuindo-se a dificuldade de grau grave para o

grau moderado.

Capítulo 2 – Tarefas e exigências gerais

Primeira avaliação (ver Anexo G – Checklist 1)

Nas tarefas e exigências gerais, a criança apresenta dificuldade grave em levar a cabo uma tarefa única (d210.3), dependendo da ajuda do adulto para iniciar uma tarefa ainda que seja simples, como por exemplo, conseguir executar todas as ações necessárias para comer o lanche da manhã juntamente com os colegas.

Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

Apresenta dificuldade moderada em levar a cabo uma tarefa única (d210.2) dependendo da ajuda do adulto para realizar essa tarefa mas já participa em algumas ações necessárias para comer o lanche da manhã juntamente com os colegas, como por exemplo, sentar-se junto deles nesse momento e pegar na lancheira.

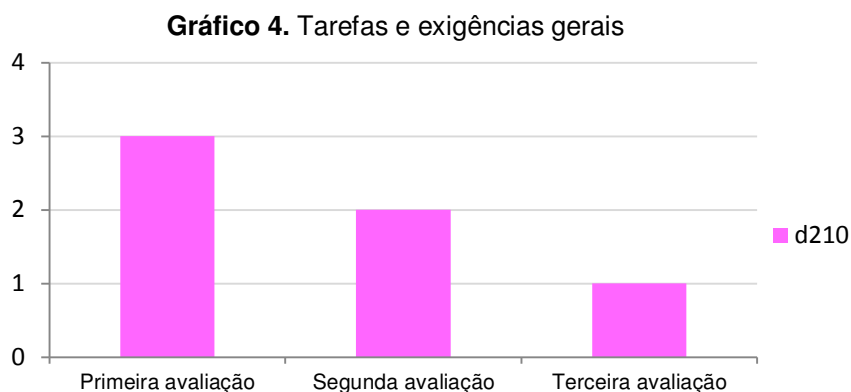
Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

Apresenta dificuldade em levar a cabo uma tarefa única (d210.1), dependendo da ajuda do adulto para realizar essa tarefa mas participa em muitas das ações necessárias para comer o lanche da manhã juntamente com os colegas, como por exemplo, sentar-se junto deles nesse momento, pegar na lancheira, tirar os alimentos e começar a comer. No entanto necessita do acompanhamento do adulto para terminar a tarefa, como por exemplo, para arrumar a lancheira.

De acordo os três momentos de avaliação referentes ao capítulo das tarefas e exigências gerais, apresenta-se o gráfico 3, onde é possível visualizar a evolução evidenciada na categoria avaliada e que diz respeito a levar a cabo uma tarefa única, isto é, realizar ações coordenadas simples ou complexas, relacionadas com os componentes mentais e físicos de uma tarefa simples, como por exemplo iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais necessários para a realizar, decidir o ritmo de execução e executar, manter e terminar a tarefa, independentemente ou em grupo.

Nesta categoria, é evidente a evolução da criança, que começou por revelar grave dificuldade, tendo diminuído para dificuldade moderada na segunda avaliação e para

dificuldade ligeira na terceira avaliação, como mostra o Gráfico 4.



Capítulo 3 – Comunicação

Primeira avaliação (ver Anexo G – Checklist 1)

Na comunicação, apresenta dificuldade moderada na compreensão de mensagens faladas simples (d3101.2), isto é, dificuldade em responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas simples (2-3 palavras), tais como pedidos (e.g. dá-me) ou ordens (e.g. não); dificuldade grave na compreensão de mensagens faladas complexas (d3102.3), que significa responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), como por exemplo a perguntas ou instruções; e dificuldade grave em falar (d330.3), expressando-se por palavras soltas e de difícil compreensão e não construindo uma frase com mais de três palavras.

Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

Denuncia dificuldade ligeira na compreensão de mensagens faladas simples (d3101.1) tendo melhorado este item. Nos restantes itens da comunicação, mantém a classificação atribuída na primeira avaliação: dificuldade grave na compreensão de mensagens faladas complexas (d3102.3); dificuldade grave no falar (d330.3), expressando-se por palavras soltas e de difícil compreensão e não construindo uma frase com mais de três palavras.

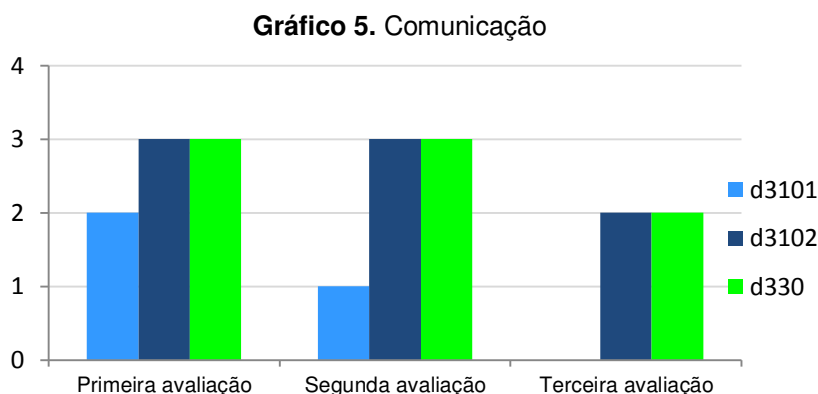
Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

Compreende mensagens faladas simples (d3101.0), respondendo adequadamente,

através de ações ou de palavras a perguntas, pedidos ou ordens simples, como por exemplo, “dá-me”, “vem aqui” ou “queres beber?”; apresenta dificuldade moderada na compreensão de mensagens faladas complexas (d3102.2); dificuldade moderada no falar (d330.2), expressando-se por palavras soltas e por pequenas frases, como por exemplo “não quéo comê mais”, “o menino tá foa a jogá”, com menor dificuldade de compreensão relativamente às avaliações anteriores.

Em harmonia com a informação apresentada nas avaliações das categorias “compreender mensagens faladas simples” (d3101), “compreender mensagens faladas complexas” (d3102) e “falar” (d330), elaborou-se o Gráfico 5, onde é notável a evolução da primeira categoria “compreender mensagens faladas simples”, onde a criança obteve dificuldade moderada na primeira avaliação, dificuldade ligeira na segunda avaliação e não apresentou dificuldade na terceira avaliação; relativamente às categorias “compreender de mensagens faladas complexas” e “falar”, na primeira e segunda avaliações obteve dificuldade grave e na terceira avaliação dificuldade moderada, revelando também progressos relevantes.

Todas as categorias do capítulo da comunicação verificaram progressos entre a primeira e a última avaliação, destacando-se o facto de na categoria “compreender mensagens faladas simples” (d3101) a criança não apresentar dificuldades na terceira avaliação, notando-se aqui um importante progresso ao nível da comunicação que vem aumentar a autonomia da criança.



Capítulo 4 – Mobilidade

Primeira avaliação (ver Anexo G – Checklist 1)

Na mobilidade, o CF apresenta dificuldade grave na utilização de movimentos finos da mão (d440.3), que se revela em várias ações coordenadas para manusear objetos, tais

como, girar um peão e pegar em moedas; e dificuldade moderada na utilização da mão e do braço (d445.2), categoria que se refere a realizar ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los, utilizando as mãos e os braços, como por exemplo, rodar maçanetas de portas, atirar ou apanhar um objeto (bola) e virar ou torcer as mãos ou os braços.

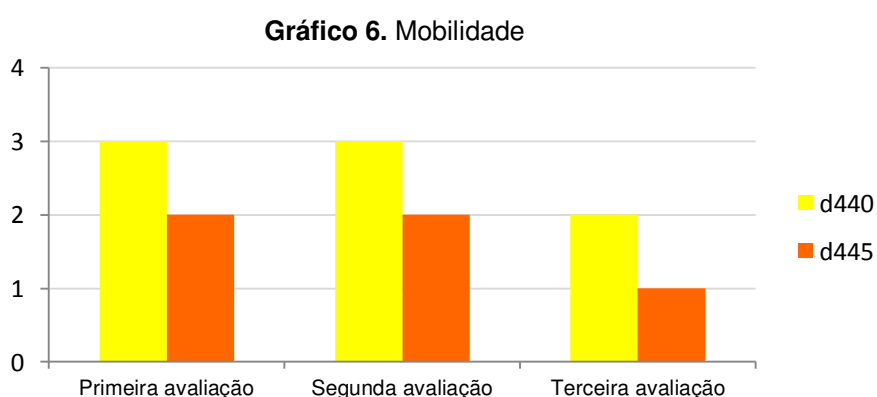
Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

A criança continua a apresentar dificuldade grave na utilização de movimentos finos da mão (e440.3) e dificuldade moderada na utilização da mão e do braço (e445.2).

Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

Apresenta dificuldade moderada na utilização de movimentos finos da mão (d440.2) e dificuldade ligeira na utilização da mão e do braço (d445.1), revelando evolução nestes aspetos.

De seguida, apresenta-se o Gráfico 6, elaborado para expor a evolução ocorrida nas categorias “atividades de motricidade fina da mão” (d440) e “utilização da mão e do braço” (d445). As duas categorias, mantêm dificuldade grave e moderada, na primeira e na segunda avaliação, respectivamente, e é notório o progresso adquirido pela criança na terceira avaliação, quando em as categorias consegue diminuir a dificuldade.



Capítulo 5 – Autocuidados

Primeira avaliação (ver Anexo G – Checklist 1)

Na categoria dos auto-cuidados, o CF revela sub-estimulação em relação à sua autonomia nas atividades da vida diária.

Manifesta dificuldade grave em lavar partes do corpo (d5100.3), que implica aplicar água e sabonete em partes do corpo (e.g. cara ou mãos) com o objetivo de as lavar; e dificuldade grave em secar-se (d5102.3) que pressupõe o uso de uma toalha ou papel para secar alguma parte do corpo após ter-se lavado.

Revela dificuldade moderada nos cuidados relacionados com o processo de excreção (d530.2), embora se acredite que estes factos estejam relacionados com a falta desses hábitos.

Apresenta grandes dificuldades na tarefa de vestir-se (d540.3): tem dificuldade grave em vestir roupa (d5400.3), executando as ações de forma descoordenada, como por exemplo, enfiar a manga da camisola pela cabeça; revela menos dificuldade para despir a roupa (d5401.2). Calça-se com muita dificuldade (d5402.3), não reconhecendo qual o sapato correspondente ao pé esquerdo ou direito e é mesmo incapaz de calçar meias. Consegue descalçar-se, embora com movimentos descoordenados (d5403.2).

Revela grave dificuldade em comer (d550.3), não conseguindo executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir corretamente os alimentos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar os alimentos, utilizar os talheres adequadamente e participar nas refeições com os seus pares de forma expectável. Tem dificuldade moderada na tarefa de beber (d560.2), não conseguindo coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida de forma adequada.

Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

Manifesta dificuldade moderada em lavar partes do corpo (d5100.2) e em secar-se (d5102.2).

Revela dificuldade moderada nos cuidados relacionados com o processo de excreção (d530.2).

Apresenta grandes dificuldades na tarefa de vestir-se (d540.3): tem dificuldade grave em vestir roupa (d5400.3), executando as ações de forma descoordenada, como por exemplo, enfiar a manga da camisola pela cabeça; revela menos dificuldade para despir a roupa (d5401.2). Calça-se com muita dificuldade (d5402.3), não reconhecendo qual o sapato correspondente ao pé esquerdo ou direito e é mesmo incapaz de calçar meias. Consegue descalçar-se com movimentos descoordenados (d5403.1) mas fá-lo com maior destreza.

Revela grave dificuldade grave comer (d550.3), não conseguindo executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir corretamente os alimentos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar os alimentos, utilizar os

talheres adequadamente e participar nas refeições com os seus pares de forma minimamente aceitável. Tem dificuldade moderada na tarefa de beber (d560.2), não conseguindo coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida de forma adequada.

Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

A criança continua a revelar sub-estimulação em relação à sua autonomia nas atividades da vida diária.

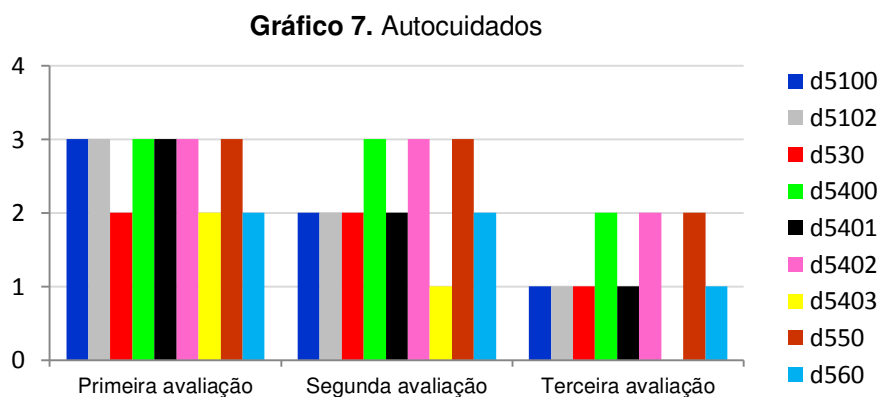
Manifesta dificuldade ligeira em lavar partes do corpo (d5100.1) e em secar-se (d5102.1), tendo melhorado o seu desempenho durante a tarefa de lavar e secar a cara e as mãos.

Revela dificuldade ligeira nos cuidados relacionados com o processo de excreção (d530.1), sendo que neste momento pega no papel higiénico, por sua iniciativa, para se limpar, ainda que não o faça corretamente.

Apresenta dificuldades na tarefa de vestir-se (d540.2): tem dificuldade moderada em vestir roupa (d5400.2), conseguindo neste momento vestir calças e casacos sem fechos ou botões (como por exemplo, calças e casaco de fato de treino) ainda que execute as ações de forma descoordenada; revela menos dificuldade para despir a roupa (d5401.1), conseguindo tirar roupa sem fechos ou botões, executando as tarefas e os gestos coordenados necessários para essa atividade. Calça-se com dificuldade (d5402.2), não reconhecendo qual o sapato correspondente ao pé esquerdo ou direito mas deteta agora quando os troca e tenta corrigir; continua com muita dificuldade em calçar meias. Consegue descalçar-se executando as tarefas e os gestos coordenados necessários para descalçar meias e calçado (d5403.0).

Revela dificuldade moderada em comer (d550.2), conseguindo executar, ainda que com alguma dificuldade, as tarefas e os gestos necessários para ingerir os alimentos, conseguindo levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável; tem dificuldade em usar a faca e o garfo, não consegue em cortar os alimentos; participa nas refeições com os seus pares de forma mais aceitável, mas ainda exige a presença de um adulto em vários momentos. Tem dificuldade ligeira na tarefa de beber (d560.1), conseguindo com alguma dificuldade coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida de forma adequada.

No Gráfico 7, apresenta-se a classificação das categorias avaliadas no capítulo dos autocuidados, destacando-se a linha de evolução das categorias “despir roupa” (d5401), “descalçar” (d5403), “lavar partes do corpo” (d5100) e “secar-se” (d5102), onde se nota a diminuição do grau de dificuldade no segundo e no terceiro momento da avaliação, relativamente ao primeiro momento de avaliação.



As categorias “cuidados relacionados com os processos de excreção” (d530), “vestir roupa” (d5400), “calçar” (d5402), “comer” (d550) e “beber” (d560), mantêm a classificação na primeira classificação e diminuem o grau de dificuldade na execução das respetivas tarefas na terceira avaliação, tal como se verifica no Gráfico 7. Estas cinco últimas categorias referidas envolvem a execução e coordenação de tarefas, gestos e ações complexas, que se adquirem a partir de um processo de aprendizagem sistemático e repetitivo, incluído no âmbito das rotinas da criança. Entre a primeira e a segunda avaliação, a baixa assiduidade do aluno no JI não permitiu que estes hábitos fossem implementados nas suas rotinas, não havendo evolução. Entre a segunda e a terceira avaliação, período coincidente com o aumento da frequência do JI, foi possível estabelecer-se hábitos e criar-se rotinas para a criança, notando-se evolução nas categorias enunciadas.

Capítulo 7 – Interações e relacionamentos interpessoais

Primeira avaliação (ver Anexo G – Checklist 1)

Nas interações e relacionamentos interpessoais, revela dificuldade grave nas interações interpessoais básicas (d710.3), não mostrando, respeito ou afeto por colegas, auxiliares e professores.

Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

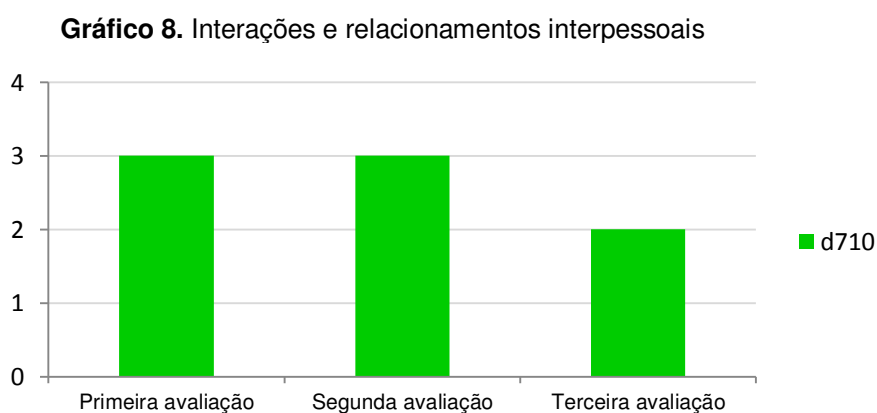
Continua a apresentar dificuldade grave nas interações interpessoais básicas

(d710.3).

Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

A criança denuncia dificuldade moderada nas interações interpessoais básicas (d710.2), mostrando em alguns momentos afeto por alguns colegas, auxiliares e professores, tendo havido progressos nesta categoria.

De forma a ilustrar a evolução ocorrida no capítulo das interações e relacionamentos interpessoais, elaborou-se o Gráfico 8, onde se denota a progressão alcançada na terceira avaliação, com a categoria interações interpessoais básicas (d710) a terminar com dificuldade moderada.



Capítulo 8 – Áreas principais da vida

Primeira avaliação (ver Anexo G – Checklist 1)

Nas áreas principais da vida, o aluno apresenta dificuldade grave no envolvimento em jogo (d880.3), não se mantendo ocupado de forma deliberada e continuada num jogo ou com materiais, com ou sem colegas.

Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

Nas áreas principais da vida, a criança apresenta dificuldade grave em manter a frequência num programa de educação pré-escolar (d8151.3), que implica realizar atividades de forma a manter a sua participação em atividades do programa de educação pré-escolar, como ir ao JI assiduamente, interagir adequadamente com pares e educadores e cumprir os deveres e obrigações de um aluno, tendo, no ano letivo anterior, frequentado o programa pré-escolar com assiduidade muito reduzida; e dificuldade grave no envolvimento em jogo (d880.3), não se mantendo ocupado de forma deliberada e

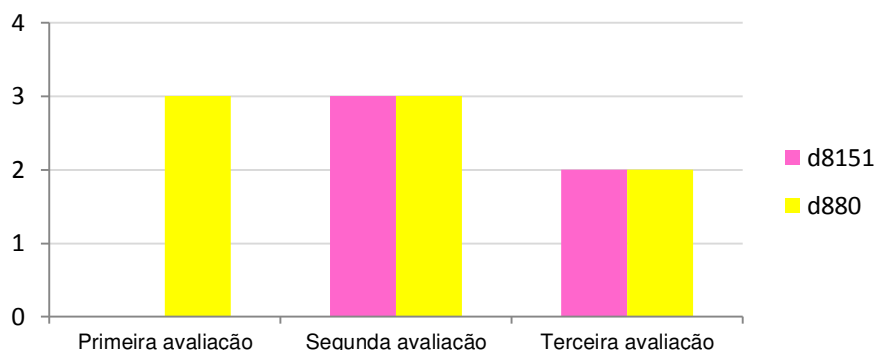
continuada num jogo ou com materiais, com ou sem colegas.

Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

Nas áreas principais da vida, o aluno apresenta dificuldade moderada em manter a frequência num programa de educação pré-escolar (d8151.2) tendo, no presente ano letivo, várias faltas injustificadas; e dificuldade moderada no envolvimento em jogo (d880.2), mantendo-se ocupado de forma deliberada e continuada num jogo ou com materiais, com ou sem colegas, por breves períodos de tempo.

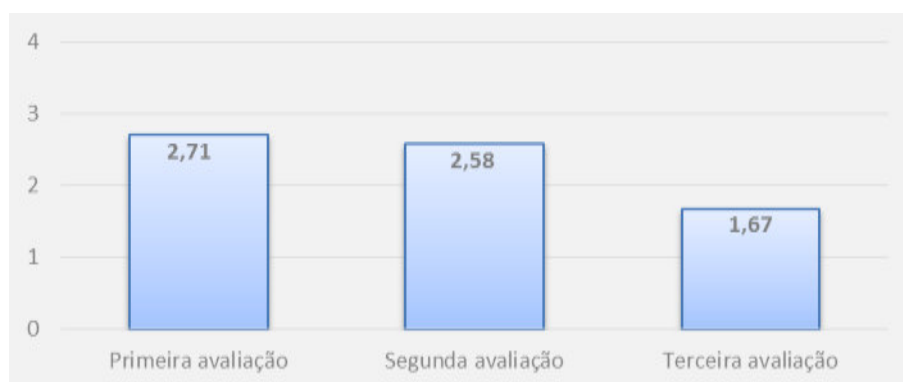
De seguida apresenta-se o Gráfico 9, onde se pode visualizar a evolução das categorias “manter a frequência num programa de educação pré-escolar” (d8151) e “envolvimento em jogo” (d880). De acordo com o teor da primeira categoria (d8151) apenas pôde constituir objeto de análise a partir da segunda avaliação, tendo-se notado evolução para a terceira avaliação. A segunda categoria manteve a mesma classificação na primeira e na segunda avaliação, ocorrendo uma evolução na terceira avaliação, passando de dificuldade grave para dificuldade moderada.

Gráfico 9. Áreas principais da vida



Concluída a apresentação da análise dos resultados de várias categorias da componente atividades e participação, apresenta-se no Gráfico 10, o resultado médio global decorrente dos três momentos de avaliação, onde é visível a diminuição de grau de dificuldade.

Gráfico 10. Atividades e Participação – Resultado médio global



5.1.3. Fatores ambientais

Esta componente da CIF integra cinco capítulos: 1) Produtos e tecnologia; 2) Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem; 3) Apoios e relacionamentos; 4) Atitudes; e 5) Serviços, sistemas e políticas. A informação recolhida no processo individual do aluno e nas entrevistas realizadas permitiu avaliar três capítulos da componente dos Fatores Ambientais: 3) Apoios e relacionamentos; 4) Atitudes; e 5) Serviços, sistemas e políticas.

Capítulo 3 – Apoios e Relacionamentos

Primeira avaliação (ver Anexo G – Checklist 1)

No que respeita ao Apoio e Relacionamentos, a família próxima (e310.3) representa um obstáculo elevado no desenvolvimento biopsicossocial do aluno, dado que os pais não cumpriram com muitas das suas obrigações enquanto progenitores e só com a intervenção da ELI/CPCJ tenham começado a cumprir com algumas das suas obrigações básicas, como por exemplo cuidar da higiene da criança e inscrevê-lo no JI de modo a proporcionar-lhe outros contextos e possibilidades de aprendizagem. Relativamente às pessoas em posição de autoridade (e330+3) e profissionais de saúde (e355+3), constituem um facilitador para o desenvolvimento global da criança, revelando preocupação e empenho na construção do programa educativo individual da criança e no plano individual de intervenção precoce.

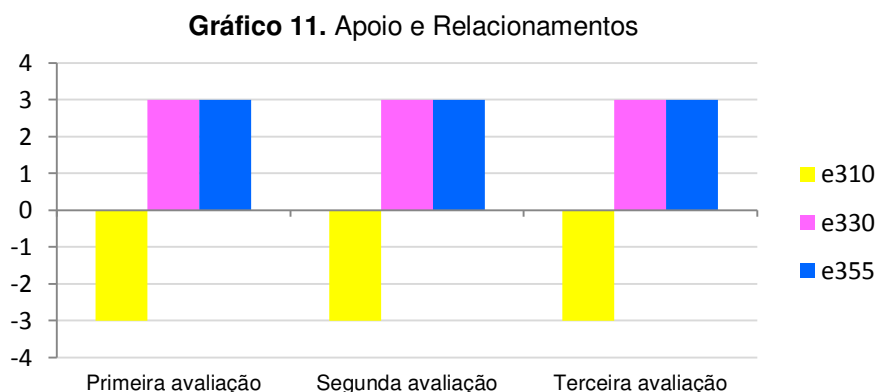
Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

A família próxima (e310.3) representa um obstáculo grave no desenvolvimento do aluno, dado que a mãe não cumpre com obrigações básicas relativamente à higiene e à participação da criança no programa pré-escolar; muitas das vezes em que é convidada a ir ao JI para participar em situações que visam o envolvimento dos pais, não comparece, diminuindo, as possibilidades de aprendizagem da criança e de potenciar as competências parentais. Relativamente às pessoas em posição de autoridade (e330+3) e profissionais de saúde (e355+3), realizam um trabalho facilitador para que o aluno possa ter oportunidades de se desenvolver favoravelmente e há grande empenho na redefinição do PEI da criança e do PIIP. Nota-se intercâmbio de informação entre os dois Jardins de Infância (o aluno frequenta agora um JI mais perto da sua habitação, a pedido da família) e há acesso a informação clínica que contribui para a compreensão da problemática do CF e que permite redefinir estratégias de intervenção pedagógica no seu PEI.

Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

A família próxima (e310.3) representa um grande obstáculo no desenvolvimento do aluno, dado que a mãe não cumpre com obrigações básicas - não cuida devidamente da higiene da criança; muitas vezes não leva a criança ao JI; na maior parte das vezes que é convidada a ir ao JI para participar em situações que visam o envolvimento dos pais, não comparece. As pessoas em posição de autoridade (e330+3) e os profissionais de saúde (e355+3) realizam um trabalho promotor de oportunidades de desenvolvimento para a criança.

De seguida apresenta-se o Gráfico 11, que diz respeito à evolução das categorias avaliadas no capítulo do apoio e relacionamentos. A categoria “família próxima” (e310) manteve igual classificação nos três momentos de avaliação, não se verificando evolução.



As categorias “pessoas em posição de autoridade” (e330) e “profissionais da saúde” (e355) constituíram um facilitador substancial durante o processo de intervenção, como se manifesta nas três avaliações.

Capítulo 4 – Atitudes

Primeira avaliação (ver Anexo G – Checklist 1)

No que diz respeito às atitudes individuais de membros da família próxima (e410.3), constituem um obstáculo elevado no comportamento do CF, apresentando opiniões e atitudes que influenciam negativamente a postura do aluno.

As atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade (e430+3), como por exemplo dos professores, e as atitudes individuais de outros profissionais de saúde (e450+3), tais como do médico de família e das terapeutas, influenciam muito positivamente o comportamento e as ações individuais do aluno.

Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

As atitudes individuais de membros da família próxima (e410.3) continuam a influenciar negativamente o comportamento e as ações individuais da criança.

As atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade (e430+3) e as atitudes individuais de outros profissionais de saúde (e450+3) permanecem fortes facilitadores.

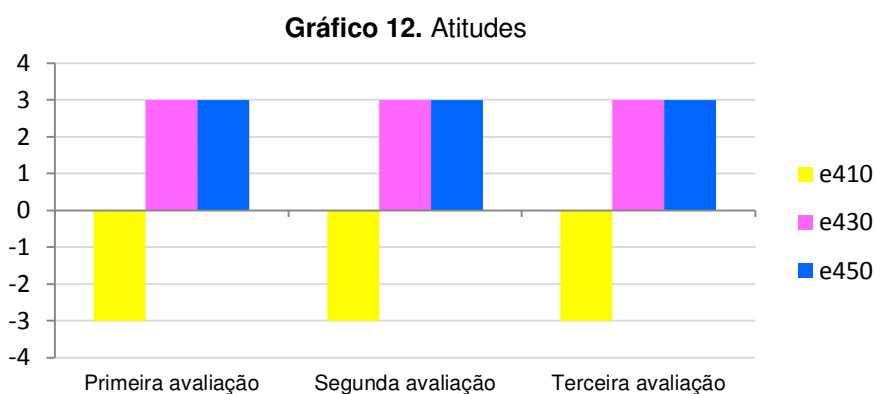
Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

As atitudes individuais de membros da família próxima (e410.3) são um obstáculo elevado no comportamento da criança.

.As atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade (e430+3) e as

atitudes individuais de outros profissionais de saúde (e450+3), continuam a constituir facilitadores para o desenvolvimento do aluno.

O Gráfico 12 reúne a análise das categorias do capítulo das atitudes, onde se pode verificar que não há mudança na classificação atribuída às categorias “atitudes individuais de membros da família próxima” (e410), “atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade” (e430) e “atitudes individuais de outros profissionais de saúde” (e450), nas três avaliações.



Capítulo 5 – Serviços, Sistemas e Políticas

O capítulo 5, referente aos Serviços, Sistemas e Políticas, não foi sujeito à primeira avaliação por não haver ainda informação que pudesse ser passível de avaliação nesse momento. Sendo assim procedeu-se à avaliação deste capítulo no segundo e terceiro momento de aplicação da CIF.

Segunda avaliação (ver Anexo H – Checklist 2)

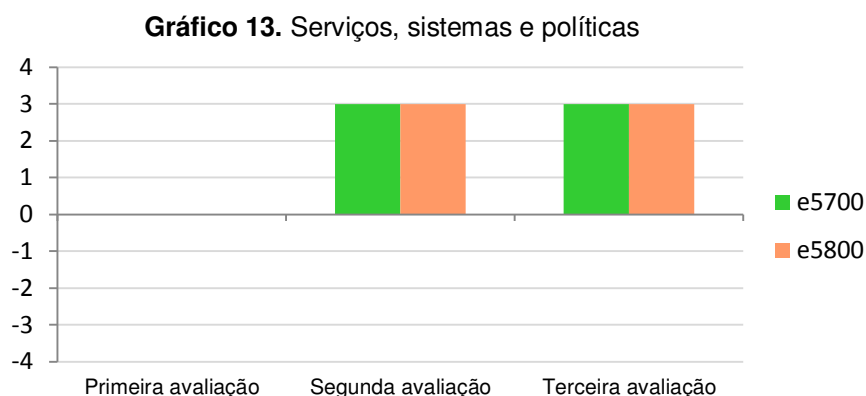
Sobre os serviços, sistemas e políticas, a família usufruiu de serviços da segurança social (e5700+3) que asseguraram a atribuição de apoio económico e de serviços de saúde (e5800+3), relacionados com serviços e programas de reabilitação médica que têm o objetivo de proporcionar intervenções para o bem-estar físico, psicológica e social, neste caso, o acompanhamento da mãe para reduzir o consumo de álcool e de tabaco.

Terceira avaliação (ver Anexo I – Checklist 3)

Sobre os serviços, sistemas e políticas, a família continua a beneficiar de serviços da segurança social (e5700+3) que asseguraram atribuição de apoio económico e de

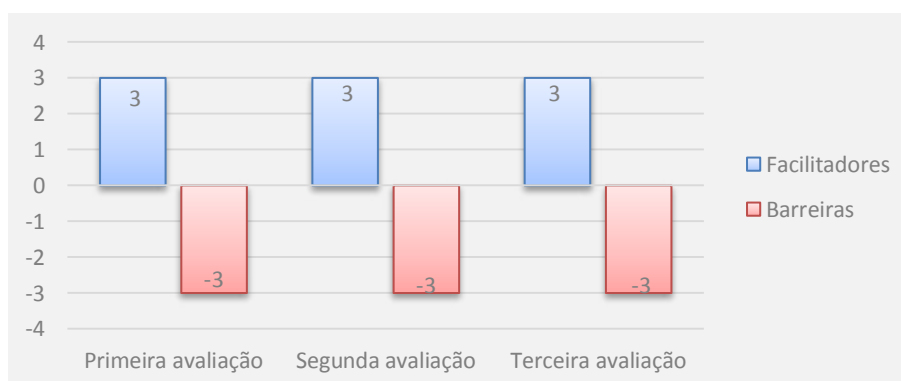
serviços de saúde (e5800+3), relacionados com serviços de reabilitação médica.

De acordo com a informação apresentada relativa às categorias “serviços da segurança social” (e5700) e “serviços de saúde” (e5800) do capítulo Serviços, Sistemas e Políticas, apresenta-se o Gráfico 13, onde se pode visualizar que não há alteração na classificação atribuída na segunda e na terceira avaliação.



Concluída a apresentação da análise dos resultados de várias categorias da componente fatores ambientais, apresenta-se, no Gráfico 14, o resultado médio global decorrente dos três momentos de avaliação, onde se constata que as barreiras e os facilitadores dos contextos em análise se mantiveram ao longo da intervenção.

Gráfico 14. Fatores Ambientais – Resultado médio global



5.2. Análise de conteúdo das entrevistas

Entrevista inicial com a família no início do primeiro ano letivo

Da análise da entrevista de avaliação da criança pela família emergiu a existência de várias dificuldades nomeadamente a agressividade, referenciada por três vezes (e.g. ele é mau, não deixa os irmãos brincarem com ele, está sempre a bater...), dificuldades ao nível da compreensão, execução ou autonomia, com duas referências (e.g. não sei, ele tem um problema de cabeça, não sabe fazer nada...) e ainda dificuldades de auto-regulação, mencionadas uma vez (e.g. ele também diz que não quer ir, só quer que lhe traga coisas, rebuçados ou chipicaos...). Relativamente à nomeação das necessidades da criança há referência à baixa autonomia dos autocuidados (e.g. vestir, não veste nada sozinho; não toma banho sozinho; ainda não sabe comer sozinho) e sobre as prioridades da mãe relativamente à criança, invoca o desejo que o filho aprenda a falar (e.g. gostava que ele aprendesse a falar...), estando a área da comunicação muito comprometida. Nesta entrevista não foi mencionado qualquer aspeto positivo relativo à criança.

Entrevista à educadora de infância e à professora de educação especial no final do primeiro ano letivo

No final do primeiro ano letivo as perceções da educadora de infância sugeriam que se tratava de uma criança instável e carente, com dificuldades ao nível da comunicação, interação social com pares e adultos, higiene e alimentação, áreas fracas corroboradas pela professora de educação especial. Relativamente às áreas fortes, a educadora de infância salienta o gosto pela música e a professora de educação especial destaca a relação da criança com o papel e lápis, ausente no início do ano letivo.

Na opinião das profissionais entrevistadas, o trabalho realizado ao longo do primeiro ano letivo foi positivo, nomeadamente na adequação do PIIP às necessidades da criança e família. Uma das grandes preocupações manifestadas pelas duas profissionais da educação prendeu-se com a falta de assiduidade da criança na frequência do programa pré-escolar, e por consequência ao apoio por parte da educação especial, bem como o envolvimento da família nas atividades do JI. A família faz assim parte do rol de preocupações partilhadas por estas profissionais, porque além do fraco envolvimento enunciado, apresenta dificuldades socioeconómicas, situações de abuso de álcool e consumo de tabaco (mãe), habitação carenciada e competências parentais reduzidas.

A articulação entre a educadora de infância e a professora de educação especial é vista como um aspeto fundamental para o desenvolvimento da criança, integrando o *know-how* nas rotinas da criança, de modo a maximizar as oportunidades de desenvolvimento. Do mesmo modo as terapias (terapia da fala e terapia ocupacional) têm um papel importante, principalmente quando as estratégias utilizadas são transversais às rotinas da criança e são modeladas perante pais, família alargada e educadora de infância e professora de educação especial. Nesse sentido as profissionais evidenciam preocupação por existirem défices na continuidade do trabalho realizado ao nível das duas terapias em casa, dado que a mãe falta à maior parte das sessões e a própria criança também tem um baixo índice de assiduidade na frequência destas terapias.

Entrevista à educadora de infância e à professora de educação especial no final do segundo ano letivo

Após o fim do primeiro ano letivo a criança mudou de instituição de ensino, pelo que ocorreu uma mudança na educadora de infância, mantendo-se a professora de educação especial. Esta alteração foi originada pela baixa assiduidade do aluno na frequência do JI, optando-se por um JI mais perto de casa, de acordo com a vontade e pedido da família.

Na análise de ambas as entrevistas nota-se concordância por parte das profissionais no que respeita às áreas de desenvolvimento onde se notam mais progressos, como por exemplo, na comunicação, higiene pessoal, alimentação, motricidade, interação social e por consequência, na autonomia. A educadora de infância referiu também o gosto por tarefas de papel e lápis, um aspeto que importa realçar – e que já havia sido mencionado pela professora de educação especial no final do ano letivo anterior – e referiu ainda melhorias em concentrar intencionalmente a atenção em estímulos específicos e tempo em atividade.

Ambas as profissionais concordaram que os fatores ambientais referentes à família, ao nível das atitudes e apoio, não contribuíram positivamente para dar continuidade ao trabalho desenvolvido no JI – terapia da fala e ocupacional, educação especial e educação de infância – nem permitiu potencializar as estratégias educativas implementadas e promover o desenvolvimento global da criança.

Relativamente à intervenção delineada no PIIP, ambas as profissionais defenderam que os apoios disponibilizados à família foram os mais adequados mas questionaram a sua eficácia, devido ao real aproveitamento destes apoios por parte da família. Referiram que a mãe não cumpriu o estabelecido, faltou ao programa de educação parental e também não diminuiu o consumo de álcool e tabaco, exibindo ainda dificuldades em

comparecer ao JI para participar nas atividades planejadas. Embora a professora de educação especial refira que no início do ano pareceu haver um real compromisso da mãe com o processo educativo do seu filho, ambas as profissionais admitiram que neste momento a mãe não tolera ser chamada à atenção (nomeadamente em relação às marcas que a criança apresentava no corpo), sendo cada vez mais difícil manter uma conversa onde sejam discutidos os interesses da criança e se assumam compromissos. Ainda assim a educadora de infância refere que o JI é um espaço onde a mãe se sente confortável em deixar a criança.

Sobre as estratégias e objetivos delineados para a criança, ambas as profissionais referem que a criança fez progressos ao nível do seu desenvolvimento global, nas áreas da comunicação, autonomia, motricidade e competências sociais e assumem que o plano foi eficaz no contexto educativo e na integração do *know-how* de todos os especialistas intervenientes mas que a nível familiar este plano não surtiu os efeitos desejados, não conseguindo promover as competências parentais necessárias nem a autonomia da família.

Entrevista à mãe no final do segundo ano letivo

Relativamente à entrevista realizada à mãe, no final do segundo ano de intervenção, as informações da anamnese revelaram que não decorreu qualquer problema durante a gravidez e o parto foi normal, não tendo ocorrido complicações neonatais.

As preocupações iniciais reveladas pela mãe centravam-se na inquietude demonstrada pelo seu filho (uma referência), na sua agressividade (uma referência) e no facto de este ser diferente (duas referências), pois “*os outros irmãos aprenderam a falar sozinhos mas este não. Os outros começaram logo a comer sozinhos e vestir a roupa mas o CF não fazia nada disso*”.

A mãe reconheceu no final do processo que o seu filho tinha necessidade de apoio (uma referência) e que o apoio especializado que recebeu no JI contribuiu para o aumento do léxico (duas referências), como é exemplo “*Ele fala mais coisas agora, às vezes até fico a olhar para ele porque há palavras que ele já diz sem eu perguntar nada*” e maior autonomia (duas referências), como é exemplo “*Ele até já come melhor, no outro dia pus a sopa na mesa e quando vi ele já estava a comer sozinho com a colher, fiquei admirada*”. A surpresa esteve presente em ambas as referências citadas e resulta do atingimento de objetivos ligados a baixas expectativas. A mãe reconhece que a participação da família no processo de intervenção precoce foi importante (uma referência), “*...foi importante porque havia coisas que não estavam bem e se mudaram*

como o jardim-de-infância e as terapias”, nomeadamente por ter desencadeado o processo do pagamento de uma prestação social (duas referências), como é exemplo “*O CF também não recebia subsídios e já recebe*”.

Relativamente às dificuldades atuais, o foco mudou do filho para outro âmbito e a mãe aponta a necessidade de mudar de casa (uma referência), “*Eu queria mudar de casa já ao tempo e ainda não mudei nem sei para quando é*” e dificuldade em executar em casa o que se realiza em contexto de terapia (uma referência), “*Ela quer que depois eu faça coisas com o meu filho em casa mas eu não sei fazer*”.

A transcrição das entrevistas pode ser consultada em anexo. Os Anexos D e J dizem respeito à transcrição da primeira e da segunda entrevista realizadas à mãe, respetivamente. O Anexo K respeita à transcrição da entrevista realizada à educadora de infância do primeiro ano letivo e o Anexo L à transcrição da entrevista realizada à educadora de infância do segundo ano letivo. Os Anexos M e N incluem a transcrição das entrevistas realizadas à professora de educação especial, no primeiro e no segundo ano letivo, respetivamente.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Intervenção Precoce tem como principais objetivos assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades; sinalizar as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; programar uma intervenção em função das necessidades e recursos do contexto familiar de cada criança, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento e a promover competências parentais e autonomia da família (DL 281/2009).

Para programar a intervenção a implementar na família, é elaborado um PIIP, um documento construído em estreita parceria entre os profissionais e a família, com objetivos bem definidos, mensuráveis e exequíveis, que deve refletir as necessidades e recursos da criança e da família e constituir-se como um documento organizador para as famílias, de consulta prática e fácil. O PIIP é um documento essencial para todos os elementos que intervêm no processo educativo da criança, segundo a filosofia da transversalidade das práticas. A maximização das oportunidades para o desenvolvimento da criança e da família depende desta transversalidade (McWilliam, 2003a).

Este estudo teve como objetivo geral analisar se as práticas de IP implementadas foram eficazes na promoção de competências parentais, autonomia da família e do desenvolvimento global da criança.

A recolha de dados foi realizada através da análise de conteúdo das entrevistas e da análise dos resultados da CIF das componentes funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. Procede-se agora à discussão dos resultados alcançados, refletindo-se sobre a influência dos sistemas do Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner nos objetivos da investigação.

Ao nível das funções do corpo, as funções mentais globais, constituídas pelas funções intelectuais e funções psicossociais mantiveram-se classificadas com deficiência moderada e grave, respetivamente, ao longo de toda a intervenção. Estas funções abrangem um grande espectro de competências que estão condicionadas à transversalidade das práticas de IP, e, neste caso, embora a transversalidade se tenha notado nas relações dos profissionais envolvidos, não esteve nas relações destes com a família, que não aplicou nas rotinas de casa as práticas e estratégias planeadas, estando assim comprometida a qualidade das interações do mesossistema, isto é, das relações que se estabelecem entre a escola e a família, e da qualidade das interações do microsistema, entre a família e a criança, por não beneficiar das rotinas de casa enquanto oportunidade de desenvolvimento. Ressalvam-se as interações da criança com os profissionais (contexto secundário do microsistema). Neste sentido, Bruder (2000) refere que o desenvolvimento das funções intelectuais e psicossociais depende de todos os contextos da vida do indivíduo e por isso está condicionado à transversalidade das práticas em IP.

Ainda no domínio das funções do corpo, o grau de deficiência das funções mentais específicas, ao nível das funções da atenção e da linguagem (recepção e expressão) constituem categorias cujo desempenho melhorou ao longo da intervenção, alterando o grau de deficiência grave para grau moderado. Grande parte dos défices da linguagem são detetados no JI, principalmente quando são ligeiros (Ramey & Ramey, 1998). Contudo, neste caso, os défices exibidos eram elevados, pelo que a sua deteção ocorreu numa consulta de medicina familiar que veio a impulsionar a frequência da criança num programa pré-escolar, aos 4 anos de idade. Pode dizer-se que relativamente às funções mentais específicas, as práticas de intervenção precoce implementadas revelaram-se frutíferas e que a criança beneficiou das interações do mesossistema (médico) com o exossistema (sistema político relativo à escola, neste caso constituído pelo programa pré-escolar).

Ao nível da componente atividades e participação, nomeadamente nas categorias da aprendizagem e aplicação de conhecimentos, tarefas e exigências gerais, comunicação, mobilidade, autocuidados, interações e relacionamentos interpessoais e áreas principais da vida, o grau de dificuldade de desempenho diminuiu muito significativamente ao longo da intervenção, como revelam os resultados das três avaliações realizadas durante esse período e a análise de conteúdo das entrevistas realizadas às educadoras de infância e à professora de educação especial.

Observou-se progressos evidentes na categoria da aprendizagem e aplicação de conhecimentos, dado que na avaliação final, a capacidade de manipular objetos, aquisição de conceitos, aquisição de competências, concentrar a atenção e dirigir a atenção foram classificadas com grau de dificuldade moderado, quando haviam sido pontuadas com grau grave ou mesmo grau completo (no caso da aquisição de conceitos) na primeira avaliação realizada. Ao nível das tarefas e exigências gerais a dificuldade em levar a cabo uma única tarefa diminuiu do grau moderado para o grau ligeiro.

Na comunicação, a criança teve progressos na compreensão de mensagens simples, tendo atingido o grau de dificuldade ligeiro na avaliação intermédia e terminado sem dificuldade; na compreensão de mensagens complexas, a criança teve a classificação de grau de dificuldade moderado na última avaliação e partiu com a classificação de grau grave, registando-se uma significativa evolução.

No que concerne à mobilidade, a utilização de movimentos finos da mão evoluiu de um grau de dificuldade grave para moderado e na utilização da mão e do braço, de moderado para ligeiro.

Na categoria dos autocuidados a evolução é muito positiva, com três áreas inicialmente classificadas com grau de dificuldade grave a evoluírem para grau de dificuldade ligeiro (lavar as partes do corpo, secar-se e despir a roupa). Os processos de excreção e a capacidade para beber também findaram a avaliação com grau ligeiro, embora tenham sido inicialmente classificados com grau de dificuldade moderado. Já vestir a roupa, calçar-se e comer evoluíram de grau de dificuldade grave para moderado.

Nas interações e relacionamentos interpessoais foi observada uma diminuição do grau de dificuldade grave para moderado.

Quanto às áreas principais da vida, o envolvimento no jogo evoluiu do grau de dificuldade grave para moderado e a frequência num programa de educação pré-escolar, que surgiu na avaliação intermédia, foi classificada com grau de dificuldade grave e terminou com grau de dificuldade moderado.

A evolução notável das competências associadas à componente das atividades e participação da criança pode estar relacionada com a possibilidade de as introduzir nas rotinas do JI, espaço essencial para o desenvolvimento da criança, tendo assim beneficiado das interações com o contexto secundário do microssistema, e também pelo facto de existir boa articulação entre os profissionais, como se virá a descrever ao nível dos fatores ambientais. Esta articulação é fundamental para que o fluxo de competências flua por todos os intervenientes no processo educativo, potenciando as possibilidades de aprendizagem da criança (McWilliam, 2003a). Neste caso, a criança beneficiou da transdisciplinaridade dos profissionais, isto é, das interações desenvolvidas ao nível do mesossistema, entre a educadora de infância, a professora de educação especial e as terapeutas. Além disso, o JI é um espaço de aquisição de competências por excelência, para crianças até aos 6 anos de idade, que tem como vantagens a integração das aquisições nas rotinas das crianças, a assertividade dos elementos significativos (os profissionais da educação têm formação e competências que lhes permitem educar de forma assertiva, o que faz com que muitas vezes problemas comportamentais exibidos em casa não se manifestem no JI, uma vez que as crianças reagem aos contextos), o contacto com pares, etc. Particularmente para as crianças com atraso global de desenvolvimento, a frequência de um programa pré-escolar é muitas vezes prescrita pelos médicos, como estratégia para promover o desenvolvimento, potenciar as capacidades, utilizando as áreas fortes como âncora para trabalhar as fracas (Blackman, 2002).

Ao nível dos fatores ambientais, houve categorias, tais como, os profissionais da saúde, as pessoas em posição de autoridade, os serviços da segurança social e os serviços da saúde, que constituíram um facilitador muito relevante para a promoção do desenvolvimento global da criança e das competências parentais e autonomia da família. Estes resultados parecem suportar a ideia de que a intervenção planeada teve resultados significativos no desenvolvimento global da criança e estão de acordo com o que diz a literatura, na medida em que a implementação de um programa de intervenção precoce é a melhor estratégia a adotar para crianças com atraso global do desenvolvimento (Anderson *et al.*, 2003). De acordo com o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, um programa de intervenção precoce pode situar-se ao nível do exossistema, já os modelos teóricos subjacentes a esse programa, constituem o macrossistema. Neste caso, a criança parece ter beneficiado das interações com estes contextos.

Na análise dos resultados dos fatores ambientais e na análise de conteúdo às entrevistas realizadas à educadora de infância e à professora de educação especial, a

família próxima constituiu a única barreira para a promoção do desenvolvimento global da criança e das suas próprias competências parentais e autonomia, sendo que as interações entre a criança e a família, o contexto primário do microsistema, prejudicam o desenvolvimento das características pessoais da criança. Mesmo sendo a única barreira, a família próxima constitui também o fator mais importante e relevante na promoção dos objetivos delineados para a criança e para a família. Nesta categoria os resultados permaneceram inalterados ao longo das três avaliações, constituindo uma barreira de grau grave. A família é a principal fonte de desenvolvimento para qualquer criança. Quando esta, ao invés de facilitar, constitui uma barreira para o desenvolvimento da criança, esta está em situação de risco, principalmente quando se trata de um caso de uma criança com NEE (Carrapatoso, 2003).

Os resultados da análise de conteúdo das entrevistas realizadas à família e os resultados da análise da CIF corroboram-se mutuamente. Na análise à entrevista inicial realizada à mãe, há referência às dificuldades da criança ao nível da compreensão, execução, autonomia ou autocuidado, sem haver referência a qualquer elemento positivo acerca da criança. Além disso, são mencionadas alterações de comportamento da criança (e.g. agressividade), o que pode resultar da interação entre uma dificuldade de regulação emocional por parte da criança e dificuldade na assertividade das práticas educativas do seu ambiente familiar. Grande parte dos problemas de regulação emocional que têm como sintomas principais alterações de comportamento têm como origem défices de assertividade nas práticas educativas e alterações de resposta da criança aos contextos, variando de acordo com as figuras de autoridade (Ramey & Ramey, 1998; Blackman, 2002). Neste sentido, na segunda entrevista, a opinião da mãe e das profissionais de educação relativamente ao comportamento da criança é distinta, dado que a primeira refere que a criança continua a ter comportamentos agressivos e a bater-lhe e as últimas referem que o C reconhece a autoridade dos profissionais, não revelando agressividade. Mais uma vez as interações estabelecidas entre a criança e a família (contexto primário do microsistema) e entre a criança e os profissionais (contexto secundário do microsistema) têm resultados diferentes no seu comportamento e por consequência no desenvolvimento das suas características.

Para McLoyd (1998), as famílias com nível socioeconómico desfavorecido têm maior tendência em valorizar os aspetos biológicos da criança com NEE, em detrimento da influência dos aspetos ambientais, perante os profissionais que as acompanham, nomeadamente das instituições de apoio à infância e juventude, comissões de proteção ou tribunais. A razão para tal prende-se com a necessidade de evidenciar as

componentes genéticas ou de base, para evitar serem consideradas negligentes, quando a evolução da criança não corresponde ao esperado (Guralnick, 1998). Neste caso, a família da criança em estudo, foi negligente, na medida em que não se envolveu nas atividades realizadas no JI – manifestando-se mais uma vez lacunas na articulação de agentes do mesossistema, isto é, entre o JI e a família – e que não cumpriu as resoluções acordadas no que se refere a medidas ao nível do exossistema, como a frequência de programas de formação parental ou de consultas médicas para a redução do consumo do álcool e tabaco. Neste sentido, a família constituiu-se como uma barreira grave ao desenvolvimento da criança e à aquisição de competências parentais e de autonomia.

Ao nível do macrossistema, a filosofia das equipas locais de intervenção precoce pressupõe uma intervenção de cariz transdisciplinar, em que a família é o centro de toda a ação e é um elemento importante da equipa (DL 281/2009). Em cada intervenção, cada profissional “transporta” os saberes da equipa e procura habilitar o meio em que a criança está inserida para maximizar as oportunidades do seu desenvolvimento. Existe assim uma descentralização do saber, que flui pelos pais, educadores, profissionais da saúde, entre outros intervenientes. Ao adotar-se a transversalidade das práticas, todos os intervenientes passam a agir de forma similar, o que maximiza as oportunidades do desenvolvimento da criança, que necessita de aprender enquanto brinca e nas suas rotinas diárias, nas escolares e nas de casa (McWilliam, 2003a).

No caso desta família, o facto de não implementar em casa as estratégias usadas no JI e nas terapias, impediu que as rotinas em casa fossem aproveitadas enquanto oportunidades de desenvolvimento. Na segunda entrevista realizada à mãe, está patente a resistência de dar continuidade às práticas implementadas nas rotinas do JI, nas rotinas em casa, imputando a responsabilidade do desenvolvimento do seu filho nos profissionais de educação. Esta situação denuncia a dificuldade de compreensão da família sobre os seus deveres enquanto principal agente educativo da criança e por consequência a ausência ou precariedade de interações com a criança, ao nível do contexto primário do microssistema, promotoras de oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento das suas capacidades.

O processo de comunicação entre os profissionais da equipa de IP e a família é a chave para o processo de IP. A família precisa de sentir que é ouvida de forma ativa, que são reconhecidos os seus valores e a sua cultura e que a comunicação é aberta e honesta. Contudo, ainda assim, por vezes, é difícil fazer com que a família acredite na mais-valia das práticas de IP implementadas enquanto instrumento eficaz para o

desenvolvimento da criança e da família, pois existem outras preocupações que se podem sobrepor a essas, como por exemplo, a habitação, os rendimentos, etc. (Guralnick, 1998). Neste sentido, também na segunda entrevista realizada à mãe, há o reconhecimento da evolução da criança em relação a algumas áreas do desenvolvimento mas prioriza a necessidade de receber mais dinheiro e de mudar de casa.

A análise aos resultados da CIF e a análise de conteúdo das entrevistas realizadas à família e às profissionais de educação, permitem concluir que, apesar da intervenção ter sido ajustada às necessidades e recursos da família, as competências parentais e autonomia da família não foram especialmente reforçadas. A participação da família no JI foi fraca e foram evidentes as resistências existentes a este facto, o que pode ter constituído uma barreira para a criação de oportunidades para o desenvolvimento das capacidades da criança.

Da análise das entrevistas realizadas a estas profissionais ressalva-se o facto de a intervenção ter sido adequada às necessidades da criança, bem como a importância da articulação entre as profissionais, uma vez que o *know-how* é transportado pelos intervenientes que acompanham o processo educativo da criança. Isto permite integrar o conhecimento e as práticas nas rotinas da criança, potenciando vários momentos de aprendizagem (Bruder, 2000). Ambas as profissionais de educação concordam que caso a família se tivesse envolvido mais no processo, a criança poderia ter evoluído ainda mais favoravelmente, apontando esta como a grande lacuna existente no seu desenvolvimento. De facto, muitas vezes os pais não se sentem com condições de proporcionar a continuidade das práticas de intervenção precoce em casa, devido a insegurança, frustração pelo facto da criança ter um comportamento mais adequado com os técnicos, medo de falhar, etc. (Mahoney & Bella, 1998).

Neste caso em particular parece claro que o desenvolvimento da criança foi mais potenciado por agentes do contexto secundário do microssistema, nomeadamente pela educadora de infância e pela professora de educação especial, no ambiente do JI, e não tanto por agentes do contexto primário do microssistema, constituído pela família próxima. Relativamente à promoção de competências parentais e a autonomia da família, não se verificou a eficácia destes objetivos na análise de dados realizada.

CONCLUSÃO

O objetivo mestre desta investigação constituiu-se por analisar, no âmbito de um estudo de caso, o grau de eficácia das práticas de intervenção precoce implementadas para a promoção do desenvolvimento global de uma criança em risco com AGD, de competências parentais e de autonomia da respetiva família.

Tratando-se de um *estudo de caso*, a generalização dos resultados, está, à partida, inviabilizada. Quando se estuda um “caso” procura-se compreender os múltiplos fatores da sua realidade, intransferível para outros casos. Ainda assim, as conclusões de um estudo, seja sobre um indivíduo ou sobre uma população, permitem sempre ampliar o conhecimento sobre o objeto em análise, neste caso constituído pelas práticas de intervenção precoce. Sabendo-se que quanto mais credíveis fossem as conclusões do estudo, maior seria o seu contributo para as reflexões sobre as políticas e práticas de intervenção precoce, recorreu-se uma simbiose inter-metodológica de cariz quantitativo e qualitativo, criando-se condições para uma triangulação de análise dos dados que aumentasse a fiabilidade das interpretações do investigador.

Os dados recolhidos da análise de conteúdo das entrevistas considera apenas a perceção da família (mãe) e de três profissionais da educação (duas educadoras de infância e uma professora de educação especial), não incluindo declarações diretas de outros técnicos relevantes no processo (e.g. assistente social), que seriam importantes para perceber se coincidiam com as convicções das profissionais entrevistadas. Sem dúvida que a existência desses dados, possibilitaria uma triangulação de análise e de discussão de dados mais completa e ainda mais fiável. No entanto, mesmo não havendo autorização para recolher a opinião de outros técnicos, ao aplicar-se a CIF, teve-se em conta toda a informação presente no processo do aluno, contemplando assim, mesmo que indiretamente, a avaliação técnica desses profissionais, nos qualificadores da CIF. Ainda sobre este eixo de ponderação é relevante acrescentar que no âmbito da IP e do PIIP delineado, os agentes educativos entrevistados (família, educadoras de infância e professora de educação especial) são os que mais se inter-relacionam, desenvolvendo a cultura de transdisciplinaridade e a transversalidade das práticas, e que, de forma direta, estabelecem com a criança interações, que se repercutem como barreira ou promotor do desenvolvimento das suas capacidades.

De forma a conseguir avaliar-se os efeitos das práticas de IP planeadas para os objetivos delineados – promoção do desenvolvimento global da criança e de competências parentais e autonomia da família – a investigação decorreu até ao fim do

período da intervenção, que culminou com o caso a passar para a alçada da Equipa Multidisciplinar de Apoio aos Tribunais e com a institucionalização da criança, tendo sido interrompida a intervenção centrada na família.

Neste estudo, através da análise documental do processo individual do aluno, da análise de conteúdo das entrevistas e da análise dos resultados da CIF, concluiu-se que as interações desenvolvidas entre a criança e a família – dimensão primordial do microsistema – não potenciaram possíveis situações de aprendizagem para a criança, e que não houve transversalidade das práticas iniciadas em contexto de JI nas rotinas de casa, denunciando interações frágeis ao nível do mesossistema. Dunst e os seus colaboradores referem que as experiências ambientais providenciadas às crianças, independentemente de serem ou não manipuladas, funcionam como uma forma de intervenção precoce que promovem o seu desenvolvimento e a normalização (Dunst *et al.*, 2001).

Para se conseguir avaliar a influência dos contextos como fatores decisivos no desenvolvimento da criança, foi essencial recorrer-se à CIF enquanto ferramenta de investigação “para medir resultados, a qualidade de vida ou os fatores ambientais” (OMS, 2004, p. 9). Baseada num modelo biopsicossocial a CIF permitiu medir a influência dos *fatores ambientais* sobre as *funções do corpo e atividades e participação* (Lollar & Simeonsson, 2005). Na análise realizada aos dados obtidos nas três avaliações da CIF, na componente dos *fatores ambientais*, a categoria da *família próxima*, é aquela que apresenta os valores mais baixos e sempre negativos, ao nível do *apoio* e das *atitudes*, formando uma barreira para a criação de oportunidades para o desenvolvimento das capacidades da criança. Neste sentido, Lollar e Simeonsson referem que a incapacidade não é um atributo da pessoa mas de um grande conjunto de condições, muitas delas, criadas pelo contexto, surgindo esta como uma experiência natural da vida (Lollar & Simeonsson, 2005). As *peessoas em posição de autoridade* e os *profissionais da saúde* constituem as categorias mais valorizadas no domínio do *apoio* e das *atitudes*, tendo constituído um facilitador substancial para a criação de oportunidades de aprendizagem da criança, que teve uma evolução notável em várias áreas do desenvolvimento.

Segundo todos os intervenientes entrevistados – educadoras de infância, professora de educação especial e mãe – o grau de envolvimento da família, na tomada de decisão sobre a criança, é positivo, nomeadamente na elaboração e momentos de avaliação do PIIP e do PEI. No entanto, durante a intervenção, não há sequência das decisões tomadas e nas quais participaram, por parte da família, no trabalho que é necessário desenvolver todos os dias com a criança e com a própria família ao nível da criação e

potencialização de competências parentais. A mãe, embora reconheça as vantagens da intervenção no desenvolvimento da criança, continua a priorizar as necessidades da família. Baseados na Hierarquia das Necessidades de Maslow, McWilliam, Winton e Crais (2003) referem que se a família não vir as suas necessidades básicas satisfeitas (e.g. comida na mesa, um lar seguro e aconchegante), não tem predisposição para participar de forma intencional e ativa nas práticas de intervenção direcionadas para a criança.

De acordo com a triangulação dos resultados, verificou-se que houve sucesso nas práticas de intervenção precoce implementadas pelos profissionais para a promoção do desenvolvimento global da criança e insucesso no trabalho desenvolvido com a família para a sua capacitação. Aferiu-se que não houve potencialização de oportunidades de aprendizagem da criança, por parte da família, cujo apoio e atitudes se repercutiram numa barreira para o desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais e emocionais da criança. Também se verificou ausência da transversalidade das práticas entre os profissionais e a família e envolvimento deficitário da família no processo educativo da criança, situações que acusam o fracasso da promoção das competências parentais e da autonomia da família.

Tecidas as considerações sobre as potencialidades, as limitações e os resultados deste estudo de caso, pretende-se que esta investigação possa gerar maior reflexão sobre a importância da transdisciplinaridade entre os profissionais e a transversalidade das práticas de intervenção precoce nos vários contextos naturais da criança. Além da implementação das práticas em contexto de JI é fundamental inclui-las nas rotinas de própria família, para que as experiências de aprendizagem da criança sejam mediatizadas pelo contexto familiar e com isso, se gere oportunidades para a potencialização das competências parentais e a autonomia da família. Estes objetivos conseguir-se-ão alcançar tanto quanto melhor for a relação entre os profissionais e a família e quanto mais esta se sentir capaz por tomar decisões importantes sobre si e o seu filho, colocando em si a responsabilidade sobre os resultados obtidos. Neste estudo a Educadora de Infância e a Professora de Educação Especial reconheceram a importância da implementação das práticas em contexto de JI e nos restantes contextos naturais da criança e apontam a família como uma barreira para a intervenção se realizar nas restantes rotinas da vida da criança. Tendo em conta a importância da transdisciplinaridade e da transversalidade das práticas de IP, refere-se a necessidade de se introduzir nos planos de estudo superiores de Educação de Infância e de Educação Especial, disciplinas direcionadas para o trabalho a desenvolver com as famílias e com os restantes elementos das equipas de IP.

Quando os pais se auto-perspetivarem como os responsáveis máximos pelo desenvolvimento da criança e pela sua própria autonomia, envolvendo-se ativamente no processo educativo do filho e nas medidas planeadas para capacitar (*enabling*) e fortalecer (*empowering*) a família, sem que isso seja imposto pelas figuras do processo em posição de autoridade, o objetivo máximo da Intervenção Precoce terá sido alcançado.

Neste estudo de caso, pôde concluir-se que quando é exigido à família o seu envolvimento ativo – sem que isso seja fruto da sua vontade – o êxito da intervenção começa a estar comprometido.

Por fim, dada a delimitação do âmbito deste estudo, considera-se pertinente a realização de um estudo quantitativo, que explore as práticas de IP implementadas numa amostra de crianças com uma determinada perturbação do desenvolvimento e que inclua uma análise do plano e da ação de todos os intervenientes do processo, renovando o melhor possível, as políticas e as práticas de IP, e dessa forma contribuir para uma intervenção holística altamente qualificada.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, I. C. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade do Porto.

Alvarez, M. E. B. (1990). *Organização, sistemas e métodos*. V.1., São Paulo: McGraw-Hill

Alves, S. (2007). *Filhos da Madrugada Percursos adolescentes em lares de infância e juventude*. Lisboa: Universidade Técnica (ISCS)

Anderson, L. M., et al. (2003). *The Effectiveness of Early Childhood Development Programs: A Systematic Review*. American Journal of Preventive Medicine, 24(3), p. 32-46.

Associação Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª edição*. Lisboa: Climepsi Editores

Ausloos, G. (1996). *A Competência das Famílias – Tempo, caos, processo*. Lisboa: Climepsi Editores

Bailey, D., Palsha, S. & Simeonsson, R. (1991). *Professional Skills, Concerns, and Perceived Importance of Work With Families in Early Intervention*. In *Excepcional Children*, 58 (2), 156-164.

Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Almedina.

Benbasat, I., Goldstein, D.K. & Mead, M. (1987). *The Case Research Strategy in Studies of Information Systems*, MIS Quarterly, pp. 369-386

Blackman, J. A. (2002). *Early Intervention*. *Infants and Young Children*, 15 (2), 11-19.

Boavida, J. E., Nogueira, S., & Borges, L. (2002). *Insucesso Escolar - O Papel do Médico*. *Saúde Infantil*, 24 (1), 27-38.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Ma.: Harvard University Press. Acedido em <http://www.education.com/reference/article/bronfenbrenner-urie-1917-2005/>

Bronfenbrenner, U. (1994). *Nature – nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model*. *Psychological Review*, 101 (4), 568-586.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas

Bronfenbrenner, U. (1997). *Psicologia da Educação*. Enciclopédia Geral da Educação, 2 Editora: Oceano.

Bronfenbrenner, U. & Evans, G. (2000). *Development science in the 21st century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings*. *Social*

Development, 9 (1), 115-125.

Bronfenbrenner, U. *et al.* (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (5.^a Ed). New York: John Wiley and Sons, Inc. Acedido em <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2005-01926-019>

Bruder, M. B. (2000). *Family-Centered Early Intervention: Clarifying Our Values for the New Millennium*. Topics in Early Childhood Special Education, 20 (2), 105-115.

Carrapatoso, M. (2003). *Subsídios para o Estudo da Intervenção Precoce Centrada na Família: Quais as percepções dos técnicos*. Acedido em: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/51148712.html

Carvalho, O. (2010) *Cadernos de Apontamentos da Unidade Curricular de Intervenção Precoce*. Mestrado em Educação Especial – Domínio da Intervenção Precoce. Porto: Universidade Portucalense

Correia, L. & Serrano, A. (2002). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das Práticas centradas na criança às Práticas Centradas nas famílias*. Coleção Ensino Especial. Porto: Porto Editora

Cruz, A., Fontes, F. & Carvalho, M. (2003). *Avaliação da Satisfação das Famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

De Wever, B., Schellens, T., Valcke, M., & Van Keer, H. (2006). *Content analysis schemes to analyze transcripts of online asynchronous discussion groups: A review*. *Computer & Education*, 46, 6-28.

DGIDC. (2008). *Encontro temático – Educação especial*. Programa. Notas curriculares. Resumo das comunicações. Lisboa: Ministério da Educação.

CPDEC (s.d.). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Versão para Crianças e Jovens*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Dunst, C., Bruder, M. B., Trivette, C., Hamby, D., Raab, M. & McLean, M. (2001). *Characteristics and consequences of everyday natural learning opportunities*. Topics in Early Childhood Special Education, 21, 68-92. Acedido em <http://tec.sagepub.com/content/21/2/68.full.pdf+html>

Dunst, C., Trivette, C., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline.

Eisenstein, E., & Souza, R. P. (1993). *Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes*. Petrópolis: Vozes.

Ferreira, F., Dias, M., & Santos, P. (2006). *Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor*. Educação diferente. Acedido em <http://edif.blogs.sapo.pt/19654.html>

Ferreira, J.C. (2004). *Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 703-712.

Ferreira, R. M. (2000). *Meninos de rua: Expectativas e valores de menores marginalizados em São Paulo*. São Paulo: IBREX

Foddy, W. (2002). *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras, Portugal: Celta Editora

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lures: Lusodidacta.

Garmezy, N. (1991). *Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments*. *Pediatric Annals*, 20, 459-466. Acedido em <http://europepmc.org/abstract/med/1945543>

Gerbic, P. & Stacey, E. (2005). *A purposive approach to content analysis: designing analytical frameworks*. *Internet and Higher Education*, 8, 45–59.

Guralnick, M.J. (1998). *Effectiveness of Early intervention for Vulnerable Children: A Developmental Perspective*. *American Journal on Mental Retardation*, 102 (4), 319- 345.

Hill, M. & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário (2ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Homem, M. (2002). *O Jardim-de-Infância e a Família. As fronteiras da cooperação*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Hsieh H., F. & Shannon S. (2005). *Three approaches to qualitative content analysis*. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.

Instituto de Segurança Social (2007). *Políticas para a infância em Portugal na área da Segurança Social*. Lisboa: ISS, I.P.

Jung, L. A. (2012). Identificar os Apoios às Famílias e Outros Recursos. In R.A. McWilliam, *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais*. Porto: Porto Editora.

King, N. (1994). *The Qualitative Research Interview*. London: Sage Publications.

Lima, M. (1995). *Inquérito Sociológico*. 4ª Edição. Lisboa: Editorial Presença.

Lollar, D., & Simeonsson, R. (2005). *Diagnosis to Function: classification for children and youths*. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26 (4).

Mahoney, G. & Bella, J. M. (1998). *An Examination of the Effects of Family-Centered Early Intervention on Child and Family Outcomes*. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18 (2), 83-94.

McWilliam, R. A. (2003a). *RBI Report Form*. Center for Child Development. Vanderbilt: University Medical Center, Nashville, TN.

McWilliam, P. J. (2003). Práticas de Intervenção Precoce Centradas na Família. In P.J. McWilliam, P.J., Winton & E.R. Crais, *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto: Porto Editora.

McWilliam, P. J., Winton, P. J. & Crais, E. R. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto: Porto Editora

McWilliam, R. A. (1998). *The family-centeredness of individualized family service plans*. Topics in Early Childhood Special Education, 18(2), 69-82.

McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based early intervention-supporting young children and their families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

McWilliam, R. A. (2012). *Trabalhar com as famílias de Crianças com Necessidades Especiais*. Porto: Porto Editora

Nisbett, J. & Watt, J. (1978) *Case Study*. Redguide 26: Guides in Educational Research. University of Nottingham School of Education, 1978

Oliveira, D. R. (2002). *Sistemas, organização & métodos: uma abordagem gerencial*. São Paulo: Atlas

Organização Mundial da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Polkinghorne, D. E. (2005). *Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research*. Journal of Counselling Psychology, 52 (2), 137-145. Acedido em <http://psycnet.apa.org/journals/cou/52/2/137/>

Ponte, J. P. (1994). *O estudo de caso na investigação em educação matemática*. Acedido em <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Ponte>

Powers, M. D. (1988). *A systems approach to serving persons with severe developmental disabilities*. M. D. Powers (Eds.), *Expanding systems of service delivery for persons with developmental disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Quivy, R. & Campenhout, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (4.^a ed.) Lisboa: Gradiva.

Ramey, C. & Ramey, S. (1998). *Early Intervention and Early Experience*. American Psychological Association, Vol. 53, No. 2, pp. 109-120. University of Alabama at Birmingham. Acedido em: [https://static.vtc.vt.edu/media/documents/179 - Early intervention and early experience.pdf](https://static.vtc.vt.edu/media/documents/179_Early_intervention_and_early_experience.pdf)

Santos, H. & Pacheco, M. (2012). *Fatores de risco ao desenvolvimento da criança: da visão biomédica à visão psicossocial*. Congresso Internacional de Cooperação Universidade-Indústria. Acedido em <http://www.unitau.br/unindu/artigos/pdf542.pdf>

Sapienza, G. & Pedromônico, R. (2005). *Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente*. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216.

Souza, J., Kantorski, L.P & Luis, M. A. V. (2011). *Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental*. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, V. 25, N^o2, pp. 221-228, maio/ago. Acedido em <file:///C:/Users/Ana%20Carvalho/Downloads/5252-18533-1-PB.pdf>

Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In Horowitz, M. F. D.; Hetherington, S.; Siegel, G. (Eds.). *Review of child development research*. Chicago: University Chicago Press, v. 4, p. 187-244. Acedido em <http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3615/Readings/sameroffseifer.pdf>

Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). *Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention*. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press

Santos, J. B. (2005). *Análise Qualitativa de Corpus Documental*. Cadernos de Linguagem e Sociedade, 5, 12-17.

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

Simeonsson, R. J. (1996). *Family Expectations, Encounters and Needs. Early Childhood Intervention: theory, evaluation and practice*. Berlin: New Gruyter.

Simeonsson, R. J. (2000). *Early Childhood Intervention: Toward a Universal Manifesto*. *Infants and Young Children*, 12 (3), 4-9.

SNIPI. (2010). *Crítérios de elegibilidade*. Lisboa: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e da Ciência, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Acedido em <https://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?id=5525>

Sousa, J. (Coord.) (2007). *Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades – Uma estratégia para Portugal*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) e Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).

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

Legislação consultada

Decreto-Lei 174/77, de 2 de maio. *Diário da República – 1.^a Série, N^o 101*. Ministério da Educação e Investigação Científica. Lisboa.

Decreto-Lei 84/78, de 2 de Maio. *Diário da República – 1.^a Série, N^o 100*. Ministério da Educação e Cultura. Lisboa

Decreto-Lei 35/90 de 25 de janeiro. *Diário da República – 1.^a Série, N^o 21*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei 319/91 de 23 de agosto. *Diário da República – 1.^a série A, N^o [193]*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei 5/97 de 10 de fevereiro. *Diário da República – 1.^a série A, N.º 34*.
Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei 147/1999 de 1 de Setembro. *Diário da República — I Série – A, N.º 204*.
Ministério da Justiça. Lisboa.

Decreto-Lei 31/2003 de 22 de agosto. *Diário da República — I Série – A, N.º 193*.
Ministério da Justiça. Lisboa.

Decreto-Lei 3/2008 de 7 de janeiro. *Diário da República, 1.^a série — N.º 4*. Ministério
da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei 281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República, 1.^a série — N.º 193*.
Ministério da Educação. Lisboa.

Despacho conjunto n.º 891/99 de 19 de outubro. *Diário da República, 2.^a série, n.º
244*. Ministério da Educação. Lisboa.

Public Law 99-457—OCT. 8, 1986. *State and local governments. Grants*. 99th
Congress. 20 USC 1475

ANEXOS

ANEXO A

Autorização ao Agrupamento de Escolas

12 de Outubro de 2010

Exma. Sra. Diretora do Agrupamento de Escolas de [REDACTED]

Doutora [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para a realização da investigação “Práticas de Intervenção Precoce”

Eu, Ana Eloisa Carneiro Carvalho, docente deste agrupamento de escolas, venho por este meio solicitar autorização a Vossa Excelência, para consultar o processo do aluno [REDACTED], realizar observações ao aluno em contexto de jardim-de-infância, proceder ao preenchimento da *checklist* da Classificação Internacional da Funcionalidade (a partir de informações médicas e pedagógicas do seu processo e de partilha de informação dos profissionais educativos envolvidos) e realizar entrevistas à educadora de infância e à professora de educação especial do aluno, no âmbito de uma investigação sobre práticas de intervenção precoce para a dissertação do Mestrado de Educação Especial da Universidade Portucalense, cujo objeto de estudo se constitui por analisar a evolução do desenvolvimento global criança e aquisição de competências parentais e de autonomia da família.

Comprometo-me a salvaguardar a identidade do aluno, da família, dos profissionais envolvidos, assim como do próprio agrupamento de escolas.

Agradeço a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Eloisa Carneiro Carvalho

ANEXO B

Autorização ao Encarregado de Educação

12 de Outubro de 2010

Exma. Sra. Encarregada de Educação do aluno [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para a realização da investigação “Práticas de Intervenção Precoce”

Eu, Ana Eloisa Carneiro Carvalho, docente deste agrupamento de escolas, venho por este meio solicitar a sua autorização para desenvolver um estudo de caso sobre o seu educando, no âmbito de uma dissertação de mestrado em Educação Especial, sobre Práticas de Intervenção Precoce. O estudo tem como finalidade conhecer e compreender as práticas de intervenção precoce levadas a cabo para promover o desenvolvimento de crianças com Atraso Global do Desenvolvimento e promover competências parentais e a autonomia das famílias.

Perante o exposto, peço autorização para consultar o processo do seu educando, realizar observações ao aluno em contexto de jardim-de-infância, proceder ao preenchimento da *checklist* da Classificação Internacional da Funcionalidade a partir de informações médicas e pedagógicas do seu processo e de partilha de informação dos profissionais educativos envolvidos.

Comprometo-me a salvaguardar a identidade da família e do aluno.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Eloisa Carneiro Carvalho

Assinatura do encarregado de educação:

[REDACTED]

ANEXO C

Autorização ao Agrupamento de Escolas

27 de Maio de 2015

Exma. Sra. Diretora do Agrupamento de Escolas [REDACTED]

Doutora [REDACTED]

Eu, Ana Eloisa Carneiro Carvalho, ex-docente desta instituição de ensino, venho por este meio pedir autorização para consultar o Processo do Aluno [REDACTED], ex-aluno deste Agrupamento de Escolas, no âmbito de um trabalho de investigação constituinte de uma dissertação de mestrado sobre Práticas de Intervenção Precoce do curso de Mestrado em Educação Especial da Universidade Portucalense.

Da consulta e referência ao Processo do Aluno não resultarão generalizações dos resultados alcançados, apenas a intenção de que estes possam servir para compreender, de um modo mais descritivo e processual, práticas de intervenção precoce, identificando respostas que poderão ser repensadas e aperfeiçoadas.

Agradecendo desde já a atenção dispensada.

Ana Eloisa Carneiro Carvalho

ANEXO D

Transcrição da 1ª entrevista à mãe / Avaliação da criança pela família

**TRANSCRIÇÃO DA 1ª ENTREVISTA REALIZADA AO ENCARREGADO DE
EDUCAÇÃO (MÃE)**

AVALIAÇÃO DA CRIANÇA PELA FAMÍLIA¹

Estas perguntas têm como objetivo dar-nos a sua opinião sobre o desenvolvimento global (as dificuldades e as potencialidades) do C. Além disso, permite-nos perceber a relação que existe entre si e o C e as expectativas que tem em relação ao seu desenvolvimento.

1. Eu descrevo o meu filho como *ele é mau, não deixa os irmãos brincarem com ele, está sempre a bater, foi sempre ruinzinho desde pequeno.*

2. O dia típico do meu filho é *brincar com o cão o dia todo e mexer no computador da irmã, nunca quer sair de casa mas não posso deixá-lo com os irmãos porque começa logo a bater-lhes.*

3. Aquilo onde o meu filho é realmente bom ou que gosta mais de fazer é *não sei, ele tem um problema de cabeça, não sabe fazer nada...*

4. Aquilo onde o meu filho necessita de ajuda é *a vestir, não veste nada sozinho; não toma banho sozinho; ainda não sabe comer sozinho; gostava que ele aprendesse a falar...*

5. Os progressos recentes ou mudanças que, em casa, tenho visto no meu filho são: *não sei, ele há dias que está pior, que bate mais e que está nervoso...*

6. O que gostamos mais de fazer quando estamos juntos (pais e filhos): *Ele gosta de ver bonecos e que eu esteja a ver com ele. Eu quero é que ele seja bom, que se porte bem, ele sabe que se portar bem levo-o ao café mas ele também não quer ir, fica contente se eu lhe trouxer coisas, rebuçados ou chipicaos.*

¹ Entrevista estruturada baseada na “Avaliação da Criança/Jovem pela Família” do Centro de Estudos e Apoio à Criança e à Família (CEACF/CRSS de Lisboa e Vale do Tejo)

ANEXO E

Inventário de Rotinas da Família

INVENTÁRIO DE ROTINAS DA FAMÍLIA

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

	Nunca	Quase nunca	1 a 2 vezes por	3 a 5 vezes por	Todos os dias
1. Os pais dispõem de algum tempo por dia para falar com a criança.					X
2. Há determinadas coisas que os pais fazem todas as manhãs enquanto se arranjam para sair.					X
3. Os pais que trabalham dispõem regularmente de tempo para brincar com as crianças após o seu regresso do trabalho.					
4. Os pais que trabalham tomam conta das crianças durante algum tempo quase todos os dias.					
5. As crianças fazem quase sempre as mesmas coisas todas as manhãs quando se levantam.					X
6. Pais e crianças brincam juntos durante algum tempo todos os dias.	X				
7. Os pais que não trabalham geralmente saem com as crianças para fazer qualquer coisa (exemplo: "ir às compras", "passear", etc.)			X		
8. Todas as noites a família tem um período de descanso com oportunidade para falar e brincar com sossego.					
9. Todas as semanas a família sai para passear a um local combinado.		X			
10. Semanalmente a família dispõe de algum tempo para si, para fazer coisas em conjunto.			X		
11. Os pais lêem ou conta histórias às crianças quase todos os dias.	X				
12. A criança tem algum tempo por dia para si, em que brinca sozinha.					X
13. Depois das aulas as crianças participam regularmente em actividades extra-escolares (por exemplo: natação, música...)	X				
14. As crianças mais novas frequentam regularmente ludotecas ao longo da semana.	X				
15. Ao longo da semana as crianças têm um horário fixo para realizar os trabalhos de casa.					
16. Os pais têm algum "hobby" ou desporto que praticam juntos com regularidade.	X				
17. As crianças têm hábitos ou fazem pedidos especiais na hora de ir para a cama (por exemplo: história, beijo de boas noites e beber �gua).	X				
18. As crianças deitam-se geralmente � mesma hora.		X			
19. A família janta todas as noites à mesma hora.		X			
20. Pelo menos alguns membros da família tomam juntos o pequeno-almoço todas as manhãs.					X
21. Geralmente a família reúne-se � hora de jantar.					X
22. A família visita regularmente os seus familiares.		X			

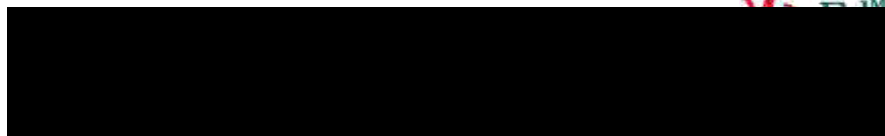
ANEXO E
Inventário de Rotinas da Família

23. A família dá conta sempre que alguém entra ou sai de casa.					X
24. Os pais que trabalham regressam a casa geralmente à mesma hora.					
25. A família tem hábitos específicos para acolher os pais no fim do dia quando estes chegam do trabalho (por ex. alguém da família vai à porta, sentam-se a conversar, contam as novidades, servem um lanche).					
26. Os pais fazem quase sempre a mesma coisa quando as crianças se portam mal.					X
27. A criança participa regularmente nos trabalhos domésticos.	X				

Nota: Foi acrescentada a coluna “Nunca” por se considerar importante haver esta possibilidade de resposta face aos comportamentos descritos. A cinzento estão os comportamentos que não se adequavam a esta família.

ANEXO F

Programa Educativo Individual



Grupo de Educação Especial

Aprovado pelo Conselho Pedagógico
Data: [REDACTED]
Assinatura: [REDACTED]

Homologado pela Direcção
Data: [REDACTED]
Assinatura: [REDACTED]

Programa Educativo Individual

Decreto-Lei nº. 3/2008

Ano lectivo: 2010/ 2011

NOME ALUNO: [REDACTED]
Data de Nascimento: [REDACTED] Ano de Escolaridade: PRÉ-ESCOLAR

Estabelecimento de Ensino: [REDACTED]
Pré-Escolar <input checked="" type="checkbox"/> 1º. Ciclo <input type="checkbox"/> 2º. Ciclo <input type="checkbox"/> 3º. Ciclo <input type="checkbox"/>
Docente responsável pela Turma/ Director de Turma: [REDACTED]
Docente de Educação Especial: [REDACTED]



1. Identificação do aluno

Artº. 9, nº. 3, alínea a) do D.L. 3/2008

NOME: [REDACTED]

Ano/Turma: Pré-Escolar

DN.: [REDACTED]

IDADE: [REDACTED]

Morada: [REDACTED]
[REDACTED]

Filho de: [REDACTED]

Profissão: [REDACTED]

E de: [REDACTED]

Profissão: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Encarregado (a) de Educação: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Grau de parentesco: [REDACTED]

Tutor do aluno: [REDACTED]

Grau de parentesco: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

2. Resumo da história escolar e outros antecedentes relevantes

Art.º 9, n.º 3, alínea b) do D.L. 3/2008

2.1 Resumo da história escolar

	Interv. Precoce	Jardim de Infância	1º Ciclo				2º Ciclo		3º Ciclo		
Início:		2010/2011									
Fim											
Ano de escolaridade		Pré escolar	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º
Retenções Adiantos											

Medidas do Regime Educativo Especial anteriormente tomadas

Beneficiou anteriormente de um Programa Educativo Individual:

Sim Não

Beneficiou ou beneficia de outros apoios, fora do âmbito da educação especial:

Sim Não

Em caso afirmativo, especifique:

Terapia da fala Terapia ocupacional Fisioterapia
Psicologia Hidroterapia Outros (especifique) _____

2.2 Outros antecedentes:

██████████ é o mais novo de sete irmãos. Trata-se de um agregado familiar composto por seis elementos: ██████████, a mãe e quatro irmãos ██████████

██████████ a frequentarem a escola. O ██████████ tem ainda mais dois irmãos, que já têm uma vida independente, ██████████ com 26 anos e ██████████ com 23 anos, fruto

nas funções da atenção (b140.3) e deficiência grave nas funções cognitivas básicas (b163.3) e nas funções mentais da linguagem (b167.3).

Actividade e participação:

Na Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos, [REDACTED] revela dificuldade grave na aprendizagem através de acções/manipulação de objectos (d131.3); dificuldade grave na aquisição de conceitos (d137.3), não conseguindo aprender a usar conceitos básicos; dificuldade grave em adquirir competências (d155.3), não conseguindo desenvolver capacidades básicas necessárias para executar uma determinada tarefa do princípio ao fim; dificuldade grave em concentrar a atenção (d160.3), não conseguindo abstrair-se dos ruídos ou movimentos exteriores, apresentando um comportamento inquieto e nervoso; dificuldade em direccionar a atenção (d161.3), não sendo capaz de manter intencionalmente a atenção numa tarefa específica.

Nas Tarefas e exigências gerais, o aluno apresenta dificuldade grave em levar a cabo uma tarefa única (d210.3), dependendo da ajuda do adulto para iniciar uma tarefa ainda que seja simples, como por exemplo, conseguir executar todas as acções necessárias para comer o lanche da manhã juntamente com os colegas.

Nas Funções da voz e da fala, revela dificuldade grave na compreensão de mensagens faladas complexas (d3102.3); dificuldade grave no falar (d330.3), expressando-se por palavras soltas e de difícil compreensão e não construindo uma frase com mais de três palavras.

Nos Auto-cuidados, o [REDACTED] revela uma grande sub-estimulação em relação à sua autonomia nas actividades da vida diária. Manifesta dificuldade grave em lavar-se (d510.3), e dificuldade moderada na higiene pessoal relacionada com as excreções (d530.2), embora estes factos estejam relacionados com a falta desses hábitos. Revela dificuldade grave em vestir roupa (d5400.3), executando as acções de forma descoordenada, como por exemplo, enfiar a camisola pela cabeça e braços; dificuldade moderada em despir a roupa (d5401.2).

Nas Interacções e relacionamentos interpessoais, revela dificuldade grave nas interacções interpessoais básicas (d710.3), não mostrando respeito nem afecto por colegas, auxiliares e professores, nunca tendo manifestado carinho ou cuidado para com alguém.

Nas Áreas principais da vida, o aluno apresenta muita dificuldade em manter a frequência no jardim-de-infância (d8151.3); e dificuldade grave no envolvimento nas brincadeiras (d880.3), não se mantendo ocupado de forma deliberada e continuada num jogo ou com materiais, com ou sem colegas.

4. Factores Ambientais (Facilitadores ou barreiras à participação e à aprendizagem)

Art.º 9, n.º 3, alínea d) do D.L. 3/2008

O ambiente físico, social e atitudinal em que o [REDACTED] vive não contribuiu, até ao momento, para que o aluno evoluísse favoravelmente. No que concerne ao Apoio e Relacionamentos, a família próxima (e310.3) representa um obstáculo elevado no desenvolvimento biopsicossocial do aluno, dado que os pais não cumpriram com muitas das suas obrigações enquanto progenitores e só com a intervenção da EI e da CPCJ tenham começado a cumprir com algumas das suas obrigações básicas, como por exemplo cuidar da higiene do aluno. Relativamente às pessoas em posição de autoridade (e330+3), desempenham, até agora, um facilitador extremo no percurso escolar do aluno, havendo grande empenho, por parte dos professores intervenientes neste programa educativo individual, no acesso a toda a informação que ajude a compreender a problemática da criança e na aquisição de conhecimento para o seu desenvolvimento psicossocial. Sobre os outros profissionais (e360+3), tais como os assistentes sociais, educadores sociais e professores, realizam um trabalho que se tem revelado um elevado facilitador para que o aluno possa ter oportunidades de se desenvolver favoravelmente.

No que diz respeito às Atitudes, as atitudes individuais de membros da família próxima (e410.3), são um obstáculo elevado no comportamento [REDACTED], apresentando opiniões e atitudes que influenciam negativamente a postura do aluno. As atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade (e430+3) e as atitudes individuais de outros profissionais (e455+3) são facilitadores extremos no comportamento e nas acções individuais do aluno.

5. Medidas educativas a implementarem (Especificação das medidas educativas)

Art.º 9, n.º 3, alínea e) do D.L. 3/2008

a) Apoio pedagógico personalizado Artº17 (o apoio definido nas alíneas a), b) e c) é prestado pelo educador de infância ou pelo professor da turma, conforme o nível de educação ou de ensino do aluno. O apoio definido na alínea d) é prestado, consoante a gravidade da situação e a especificidade das competências a desenvolver, pelo educador de infância, pelo professor da turma ou pelo professor de educação especial):

a) reforço das estratégias utilizadas no grupo ou turma aos níveis da organização, do espaço e das actividades;

b) estímulo e reforço das competências e aptidões envolvidas na aprendizagem;

c) antecipação e reforço da aprendizagem de conteúdos leccionados no seio do grupo turma;

d) reforço e desenvolvimento de competências específicas.

b) Adequações curriculares individuais Artº18 - têm como padrão o currículo comum, na educação pré-escolar respeitam as orientações curriculares e no ensino básico não põem em causa a aquisição das competências terminais de ciclo. Podem consistir na introdução de áreas curriculares específicas, que não fazem parte da estrutura curricular comum, nomeadamente as seguintes:

- autonomia e desenvolvimento pessoal e social;

- actividade motora adaptada;

- sistemas aumentativos de comunicação;

- competências sócio-cognitivas;

- introdução de objectivos e conteúdos intermédios em função das competências terminais do ciclo, das características de aprendizagem e dificuldades específicas do aluno;

- dispensa das actividades que se revelem de difícil execução em função da incapacidade do aluno (quando o recurso a tecnologias de apoio não é suficiente para colmatar as necessidades educativas resultantes da incapacidade).

c) Adequações no processo de matrícula Artº19 (condições especiais de matrícula):

- a frequência do II ou escola, independentemente da sua área de residência;

- o adiamento da matrícula no 1.º ano de escolaridade obrigatória;

- a matrícula por disciplinas (2º e 3º ciclos do ensino básico e ensino secundário).

d) Adequações no processo de avaliação Artº20 (avaliação dos progressos das aprendizagens – sujeita ao processo de avaliação e transição de ano escolar do regime educativo comum, com excepção dos alunos com um currículo específico individual). Podem consistir nas seguintes alterações e condições de avaliação:

- tipo de provas, instrumentos de avaliação e/ou de certificação;

- formas e meios de comunicação, periodicidade, duração e local.

Observações:

A avaliação é contínua, baseada na observação directa e diária do desempenho nas actividades propostas.

e) Currículo específico individual Artº21 (substitui as competências definidas para cada nível de educação e ensino, pressupõe alterações significativas no currículo comum, podendo traduzir-se na introdução, substituição e/ou eliminação de objectivos e conteúdos em função do nível de funcionalidade do aluno).

f) Tecnologias de apoio Artº22 (dispositivos facilitadores que se destinam a melhorar a funcionalidade e a reduzir a incapacidade do aluno, tendo como impacte permitir o desempenho de actividades e a participação nos domínios da aprendizagem e da vida profissional e social).

6. Objectivos e desenvolvimento do programa

Art.º 9, n.º 3, alínea f) do D.L. 3/2008

Áreas a trabalhar:

Cfr. **Grelha** anexa a este Programa Educativo Individual.

Os professores responsáveis pelas áreas de conteúdo elaborarão as respectivas Planificações, onde constam objectivos, competências, estratégias, recursos, calendarização e avaliação, de acordo com o Projecto Curricular de Turma.

(ACTIVIDADES / ESTRATÉGIAS, RECURSOS E MATERIAIS A UTILIZAR)

Nas diversas Áreas de Conteúdo, os conteúdos são associados aos conhecimentos e experiências do aluno e relacionados, sempre que possível, com situações práticas e de acordo com o Projecto Curricular de Turma. As tarefas são estruturadas e ordenadas das mais simples para as mais complexas.

Procurar-se-á:

- Proporcionar situações em que o aluno participe e coopere em actividades com outros colegas e com os adultos.
- Incentivar o aluno a participar na aula, reforçando as solicitações.
- Individualizar instruções tendo em conta interesses e necessidades do aluno.
- Valorizar os aspectos positivos de modo a aumentar a sua confiança.
- Valorizar a concretização das tarefas e o respeito pelas regras, visando a criação de hábitos de trabalho.
- Solicitar a colaboração da família.

7. Nível de participação do aluno nas actividades educativas da escola

Art.º 9, n.º 3, alínea g) do D.L. 3/2008

participa em todas as actividades educativas da escola.

8. Distribuição Horária

Art.º 9, n.º 3, alínea h) do D.L. 3/2008

O aluno tem apoio por parte da professora de educação especial 6 horas por semana. De resto, cumpre as 5 horas lectivas diárias.

9. Plano Individual de Transição

Art.º 14, n.º 1 do D.L. 3/2008

Sim (anexar)

Não

10. Avaliação da Implementação do PEI

Art.º 9, n.º 3, alínea j) do D.L. 3/2008

A avaliação tem em conta a assiduidade, pontualidade, objectivos/ competências/ nível de empenho e aprendizagem definidos, para as áreas de conteúdo, em função das características do aluno, do ano de escolaridade e do ciclo e do Projecto Curricular de Turma.

A avaliação terá em conta o percurso efectuado pelo aluno, valorizando o seu esforço, interesse, participação e empenho nas actividades. Tem em consideração também os contactos, reuniões e relatórios de outros técnicos ou serviços, bem como as informações facultadas pelo encarregado de educação.

A avaliação do PEI será feita trimestralmente no final de cada período. O Encarregado de Educação reunirá, posteriormente, com os professores, sendo informado da avaliação realizada.

No final do ano lectivo proceder-se-á à elaboração de Relatório Circunstanciado e do Programa Educativo Individual DL 3/2008, de 7 de Janeiro.

ANEXO G

Checklist (1) por referência à CIF

CHECKLIST
(por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)

Funções do Corpo

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:
0 – Nenhuma deficiência; 1 – Deficiência ligeira; 2 – Deficiência moderada; 3 – Deficiência grave; 4 – Deficiência completa; 8 – Não especificada¹; 9 – Não aplicável²
¹ Deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência.
² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Funções do Corpo	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Funções Mentais							
(Funções Mentais Globais)							
b110 Funções da consciência							
b114 Funções da orientação no espaço e no tempo							
b117 Funções intelectuais			X				
b122 Funções psicossociais globais				X			
b125 Funções intrapessoais							
b126 Funções do temperamento e da personalidade							
b134 Funções do sono							
(Funções Mentais Específicas)							
b140 Funções da atenção				X			
b144 Funções da memória							
b147 Funções psicomotoras							
b152 Funções emocionais							
b156 Funções da percepção							
b163 Funções cognitivas básicas							
b164 Funções cognitivas de nível superior							
b167 Funções mentais da linguagem				X			
b172 Funções do cálculo							
Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor							
b210 Funções da visão							
b215 Funções dos anexos do olho							
b230 Funções auditivas							
b235 Funções vestibulares							
b250 Função gustativa							
b255 Função olfactiva							
b260 Função proprioceptiva							
b265 Função táctil							
b280 Sensação de dor							
Capítulo 3 – Funções da voz e da fala							
b310 Funções da voz							
b320 Funções de articulação							
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala							
Capítulo 4 – Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório							
b410 Funções cardíacas							
b420 Funções da pressão arterial							
b429 Funções cardiovasculares, não especificadas							
b430 Funções do sistema hematológico							
b435 Funções do sistema imunológico							
b440 Funções da respiração							
Capítulo 5 – Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino							
b515 Funções digestivas							
b525 Funções de defecação							

ANEXO G
Checklist (1) por referência à CIF

b530	Funções de manutenção do peso						
b555	Funções das glândulas endócrinas						
b560	Funções de manutenção do crescimento						
Capítulo 6 – Funções genito-urinárias e reprodutivas							
b620	Funções miccionais						
Capítulo 7 – Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento							
b710	Funções relacionadas com a mobilidade das articulações						
b715	Estabilidade das funções das articulações						
b730	Funções relacionadas com a força muscular						
b735	Funções relacionadas com o tónus muscular						
b740	Funções relacionadas com a resistência muscular						
b750	Funções relacionadas com reflexos motores						
b755	Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias						
b760	Funções relacionadas com o controlo do movim. voluntário						
b765	Funções relacionadas com o controlo do movim. Involuntário						
b770	Funções relacionadas com o padrão de marcha						
b780	Funções relacionadas com os músculos e funções do movim.						
Outras Funções do Corpo a considerar							
b1670	Receção da linguagem				X		
b1671	Expressão da linguagem				X		

Actividade e Participação

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:

0 – Nenhuma dificuldade; 1 – Dificuldade ligeira; 2 – Dificuldade moderada; 3 – Dificuldade grave; 4 – Dificuldade completa; 8 – Não especificada¹; 9 – Não aplicável

¹ Deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da dificuldade.

² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Actividade e Participação	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação de conhecimentos							
d110 Observar							
d115 Ouvir							
d130 Imitar							
d131 Aprender através da interacção com os objectos				X			
d132 Adquirir informação							
d133 Adquirir linguagem							
d134 Desenvolvimento da linguagem							
d137 Adquirir conceitos				X			
d140 Aprender a ler							
d145 Aprender a escrever							
d150 Aprender a calcular							
d155 Adquirir competências				X			
d160 Concentrar a atenção				X			
d161 Dirigir a atenção				X			
d163 Pensar							
d166 Ler							
d170 Escrever							
d172 Calcular							
d175 Resolver problemas							
d177 Tomar decisões							
Capítulo 2 – Tarefas e exigências gerais							
d210 Levar a cabo uma tarefa única				X			
d220 Levar a cabo tarefas múltiplas							
d230 Levar a cabo a rotina diária							
d250 Controlar o seu próprio comportamento							
Capítulo 3 – Comunicação							
d310 Comunicar e receber mensagens orais							
d315 Comunicar e receber mensagens não verbais							
d325 Comunicar e receber mensagens escritas							
d330 Falar				X			
d331 Produções pré-linguísticas							
d332 Cantar							
d335 Produzir mensagens não verbais							
d340 Produzir mensagens na linguagem formal dos sinais							
d345 Escrever mensagens							
d350 Conversação							
d355 Discussão							
d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação							
Capítulo 4 – Mobilidade							
d410 Mudar as posições básicas do corpo							
d415 Manter a posição do corpo							
d420 Autotransferências							
d430 Levantar e transportar objectos							
d435 Mover objectos com os membros inferiores							
d440 Actividades de motricidade fina da mão				X			
d445 Utilização da mão e do braço			X				
d446 Utilização de movimentos finos do pé							

ANEXO G
Checklist (1) por referência à CIF

d450	Andar							
d455	Deslocar-se							
Capítulo 5 – Autocuidados								
d510	Lavar-se				X			
d520	Cuidar de partes do corpo							
d530	Higiene pessoal relacionada com as excreções			X				
d540	Vestir-se				X			
d550	Comer				X			
d560	Beber			X				
d571	Cuidar da sua própria segurança							
Capítulo 6 – Vida doméstica								
d620	Adquirir bens e serviços							
d630	Preparar refeições							
d640	Realizar o trabalho doméstico							
d650	Cuidar dos objectos domésticos							
Capítulo 7 – Interações e relacionamentos interpessoais								
d710	Interações interpessoais básicas				X			
d720	Interações interpessoais complexas							
d730	Relacionamento com estranhos							
d740	Relacionamento formal							
d750	Relacionamentos sociais informais							
Capítulo 8 – Áreas principais da vida								
d815	Educação pré-escolar						X	
d816	Vida pré-escolar e actividades relacionadas							
d820	Educação escolar							
d825	Formação profissional							
d835	Vida escolar e actividades relacionadas							
d880	Envolvimento nas brincadeiras				X			
Capítulo 9 – Vida comunitária, social e cívica								
d910	Vida comunitária							
d920	Recreação e lazer							
Outros aspectos da Actividade e Participação a considerar								
d3101	Compreender mensagens faladas simples			X				
d3102	Compreender mensagens faladas complexas				X			
d5400	Vestir roupa				X			
d5401	Despir roupa				X			
d5402	Calçar				X			
d5403	Descalçar			X				

Factores Ambientais								
Nota: As diferentes categorias podem ser consideradas enquanto barreiras ou facilitadores. Assinale, para cada categoria considerada, com (.) se a está a considerar como barreira ou com o sinal (+) se a está a considerar como facilitador. Assinale com uma (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores: 0 – Nenhum facilitador/barreira; 1 – Facilitador/barreira ligeiro; 2 – Facilitador/barreira moderado; 3 – Facilitador substancial/barreira grave; 4 – Facilitador/barreira completo; 8 – Não especificada; 9 – Não aplicável								
Factores Ambientais	Barreira ou Facilitador	Quantificadores						
		0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Produtos e Tecnologias								
e110	Para consumo pessoal (alimentos, medicamentos)							
e115	Para uso pessoal na vida diária							
e120	Para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal							
e125	Para a comunicação							
e130	Para a educação							
e135	Para o trabalho							
e140	Para a cultura, a recreação e o desporto							
e150	Arquitectura, construção e acabamentos de prédios de utilização pública							
e155	Arquitectura, construção e acabamentos de prédios para uso privado							
Capítulo 2 – Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem								
e225	Clima							
e240	Luz							
e250	Som							
Capítulo 3 – Apoio e Relacionamentos								
e310	Família próxima	•			X			
e320	Amigos							
e325	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade							
e330	Pessoas em posição de autoridade	+			X			
e340	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais							
e355	Profissionais de saúde	+			X			
e360	Outros profissionais							
Capítulo 4 – Atitudes								
e410	Atitudes individ. dos membros da família próxima	•			X			
e420	Atitudes individuais dos amigos							
e425	Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade							
e430	Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade	+			X			
e440	Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais							
e450	Atitudes individuais de profissionais de saúde	+			X			
e465	Normas, práticas e ideologias sociais							
Capítulo 5 – Serviços, Sistemas e Políticas								
e515	Relacionados com a arquitectura e a construção							
e540	Relacionados com os transportes							
e570	Relacionados com a segurança social							
e575	Relacionados com o apoio social geral							
e580	Relacionados com a saúde							
e590	Relacionados com o trabalho e o emprego							
e595	Relacionados com o sistema político							
Outros Factores Ambientais a considerar								

ANEXO H

Checklist (2) por referência à CIF

CHECKLIST
(por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)

Funções do Corpo

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:
0 – Nenhuma deficiência; 1 – Deficiência ligeira; 2 – Deficiência moderada; 3 – Deficiência grave; 4 – Deficiência completa; 8 – Não especificada¹; 9 – Não aplicável²
¹ Deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência.
² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Funções do Corpo	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Funções Mentais							
(Funções Mentais Globais)							
b110 Funções da consciência							
b114 Funções da orientação no espaço e no tempo							
b117 Funções intelectuais			X				
b122 Funções psicossociais globais				X			
b125 Funções intrapessoais							
b126 Funções do temperamento e da personalidade							
b134 Funções do sono							
(Funções Mentais Específicas)							
b140 Funções da atenção				X			
b144 Funções da memória							
b147 Funções psicomotoras							
b152 Funções emocionais							
b156 Funções da percepção							
b163 Funções cognitivas básicas							
b164 Funções cognitivas de nível superior							
b167 Funções mentais da linguagem				X			
b172 Funções do cálculo							
Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor							
b210 Funções da visão							
b215 Funções dos anexos do olho							
b230 Funções auditivas							
b235 Funções vestibulares							
b250 Função gustativa							
b255 Função olfactiva							
b260 Função proprioceptiva							
b265 Função táctil							
b280 Sensação de dor							
Capítulo 3 – Funções da voz e da fala							
b310 Funções da voz							
b320 Funções de articulação							
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala							
Capítulo 4 – Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório							
b410 Funções cardíacas							
b420 Funções da pressão arterial							
b429 Funções cardiovasculares, não especificadas							
b430 Funções do sistema hematológico							
b435 Funções do sistema imunológico							
b440 Funções da respiração							
Capítulo 5 – Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino							
b515 Funções digestivas							
b525 Funções de defecação							

ANEXO H
Checklist (2) por referência à CIF

b530	Funções de manutenção do peso						
b555	Funções das glândulas endócrinas						
b560	Funções de manutenção do crescimento						
Capítulo 6 – Funções genito-urinárias e reprodutivas							
b620	Funções miccionais						
Capítulo 7 – Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento							
b710	Funções relacionadas com a mobilidade das articulações						
b715	Estabilidade das funções das articulações						
b730	Funções relacionadas com a força muscular						
b735	Funções relacionadas com o tónus muscular						
b740	Funções relacionadas com a resistência muscular						
b750	Funções relacionadas com reflexos motores						
b755	Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias						
b760	Funções relacionadas com o controlo do movim. voluntário						
b765	Funções relacionadas com o controlo do movim. Involuntário						
b770	Funções relacionadas com o padrão de marcha						
b780	Funções relacionadas com os músculos e funções do movim.						
Outras Funções do Corpo a considerar							
b1670	Receção da linguagem				X		
b1671	Expressão da linguagem				X		

Actividade e Participação

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:
0 – Nenhuma dificuldade; 1 – Dificuldade ligeira; 2 – Dificuldade moderada; 3 – Dificuldade grave; 4 – Dificuldade completa; 8 – Não especificada¹; 9 – Não aplicável
¹ Deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da dificuldade.
² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Actividade e Participação	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação de conhecimentos							
d110 Observar							
d115 Ouvir							
d130 Imitar							
d131 Aprender através da interacção com os objectos			X				
d132 Adquirir informação							
d133 Adquirir linguagem							
d134 Desenvolvimento da linguagem							
d137 Adquirir conceitos				X			
d140 Aprender a ler							
d145 Aprender a escrever							
d150 Aprender a calcular							
d155 Adquirir competências				X			
d160 Concentrar a atenção				X			
d161 Dirigir a atenção				X			
d163 Pensar							
d166 Ler							
d170 Escrever							
d172 Calcular							
d175 Resolver problemas							
d177 Tomar decisões							
Capítulo 2 – Tarefas e exigências gerais							
d210 Levar a cabo uma tarefa única			X				
d220 Levar a cabo tarefas múltiplas							
d230 Levar a cabo a rotina diária							
d250 Controlar o seu próprio comportamento							
Capítulo 3 – Comunicação							
d310 Comunicar e receber mensagens orais							
d315 Comunicar e receber mensagens não verbais							
d325 Comunicar e receber mensagens escritas							
d330 Falar				X			
d331 Produções pré-linguísticas							
d332 Cantar							
d335 Produzir mensagens não verbais							
d340 Produzir mensagens na linguagem formal dos sinais							
d345 Escrever mensagens							
d350 Conversação							
d355 Discussão							
d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação							
Capítulo 4 – Mobilidade							
d410 Mudar as posições básicas do corpo							
d415 Manter a posição do corpo							
d420 Autotransferências							
d430 Levantar e transportar objectos							
d435 Mover objectos com os membros inferiores							
d440 Actividades de motricidade fina da mão				X			
d445 Utilização da mão e do braço			X				
d446 Utilização de movimentos finos do pé							
d450 Andar							

ANEXO H
Checklist (2) por referência à CIF

d455	Deslocar-se							
Capítulo 5 – Autocuidados								
d510	Lavar-se				X			
d520	Cuidar de partes do corpo							
d530	Higiene pessoal relacionada com as excreções			X				
d540	Vestir-se							
d550	Comer				X			
d560	Beber			X				
d571	Cuidar da sua própria segurança							
Capítulo 6 – Vida doméstica								
d620	Adquirir bens e serviços							
d630	Preparar refeições							
d640	Realizar o trabalho doméstico							
d650	Cuidar dos objectos domésticos							
Capítulo 7 – Interações e relacionamentos interpessoais								
d710	Interações interpessoais básicas				X			
d720	Interações interpessoais complexas							
d730	Relacionamento com estranhos							
d740	Relacionamento formal							
d750	Relacionamentos sociais informais							
Capítulo 8 – Áreas principais da vida								
d815	Educação pré-escolar				X			
d816	Vida pré-escolar e actividades relacionadas							
d820	Educação escolar							
d825	Formação profissional							
d835	Vida escolar e actividades relacionadas							
d880	Envolvimento nas brincadeiras				X			
Capítulo 9 – Vida comunitária, social e cívica								
d910	Vida comunitária							
d920	Recreação e lazer							
Outros aspectos da Actividade e Participação a considerar								
d3101	Compreender mensagens faladas simples		X					
d3102	Compreender mensagens faladas complexas				X			
d5400	Vestir roupa				X			
d5401	Despir roupa			X				
d5402	Calçar				X			
d5403	Descalçar		X					
d8151	Manter frequência num programa de educação pré-escolar				X			

Factores Ambientais

Nota: As diferentes categorias podem ser consideradas enquanto barreiras ou facilitadores. Assinale, para cada categoria considerada, com (.) se a está a considerar como barreira ou com o sinal (+) se a está a considerar como facilitador. Assinale com uma (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:
0 – Nenhum facilitador/barreira; 1 – Facilitador/barreira ligeiro; 2 – Facilitador/barreira moderado; 3 – Facilitador substancial/barreira grave; 4 – Facilitador/barreira completo; 8 – Não especificada; 9 – Não aplicável

Factores Ambientais	Barreira ou Facilitador	Quantificadores						
		0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Produtos e Tecnologias								
e110	Para consumo pessoal (alimentos, medicamentos)							
e115	Para uso pessoal na vida diária							
e120	Para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal							
e125	Para a comunicação							
e130	Para a educação							
e135	Para o trabalho							
e140	Para a cultura, a recreação e o desporto							
e150	Arquitectura, construção e acabamentos de prédios de utilização pública							
e155	Arquitectura, construção e acabamentos de prédios para uso privado							
Capítulo 2 – Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem								
e225	Clima							
e240	Luz							
e250	Som							
Capítulo 3 – Apoio e Relacionamentos								
e310	Família próxima	•			X			
e320	Amigos							
e325	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade							
e330	Pessoas em posição de autoridade	+			X			
e340	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais							
e355	Profissionais de saúde	+			X			
e360	Outros profissionais							
Capítulo 4 – Atitudes								
e410	Atitudes individ. dos membros da família próxima	•			X			
e420	Atitudes individuais dos amigos							
e425	Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade							
e430	Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade	+			X			
e440	Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais							
e450	Atitudes individuais de profissionais de saúde	+			X			
e465	Normas, práticas e ideologias sociais							
Capítulo 5 – Serviços, Sistemas e Políticas								
e515	Relacionados com a arquitectura e a construção							
e540	Relacionados com os transportes							
e570	Relacionados com a segurança social	+			X			
e575	Relacionados com o apoio social geral							
e580	Relacionados com a saúde	+			X			
e590	Relacionados com o trabalho e o emprego							
e595	Relacionados com o sistema político							
Outros Factores Ambientais a considerar								
e5700	Serviços da segurança social	+			X			
e5800	Serviços de saúde	+			X			

ANEXO I

Checklist (3) por referência à CIF

CHECKLIST
(por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)

Funções do Corpo

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:
0 – Nenhuma deficiência; 1 – Deficiência ligeira; 2 – Deficiência moderada; 3 – Deficiência grave; 4 – Deficiência completa; 8 – Não especificada¹; 9 – Não aplicável²
¹ Deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência.
² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Funções do Corpo	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Funções Mentais							
(Funções Mentais Globais)							
b110 Funções da consciência							
b114 Funções da orientação no espaço e no tempo							
b117 Funções intelectuais			X				
b122 Funções psicossociais globais				X			
b125 Funções intrapessoais							
b126 Funções do temperamento e da personalidade							
b134 Funções do sono							
(Funções Mentais Específicas)							
b140 Funções da atenção			X				
b144 Funções da memória							
b147 Funções psicomotoras							
b152 Funções emocionais							
b156 Funções da percepção							
b163 Funções cognitivas básicas							
b164 Funções cognitivas de nível superior							
b167 Funções mentais da linguagem			X				
b172 Funções do cálculo							
Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor							
b210 Funções da visão							
b215 Funções dos anexos do olho							
b230 Funções auditivas							
b235 Funções vestibulares							
b250 Função gustativa							
b255 Função olfactiva							
b260 Função proprioceptiva							
b265 Função táctil							
b280 Sensação de dor							
Capítulo 3 – Funções da voz e da fala							
b310 Funções da voz							
b320 Funções de articulação							
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala							
Capítulo 4 – Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório							
b410 Funções cardíacas							
b420 Funções da pressão arterial							
b429 Funções cardiovasculares, não especificadas							
b430 Funções do sistema hematológico							
b435 Funções do sistema imunológico							
b440 Funções da respiração							
Capítulo 5 – Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino							
b515 Funções digestivas							
b525 Funções de defecação							

Checklist (3) por referência à CIF

b530	Funções de manutenção do peso							
b555	Funções das glândulas endócrinas							
b560	Funções de manutenção do crescimento							
Capítulo 6 – Funções genito-urinárias e reprodutivas								
b620	Funções miccionais							
Capítulo 7 – Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento								
b710	Funções relacionadas com a mobilidade das articulações							
b715	Estabilidade das funções das articulações							
b730	Funções relacionadas com a força muscular							
b735	Funções relacionadas com o tónus muscular							
b740	Funções relacionadas com a resistência muscular							
b750	Funções relacionadas com reflexos motores							
b755	Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias							
b760	Funções relacionadas com o controlo do movim. voluntário							
b765	Funções relacionadas com o controlo do movim. Involuntário							
b770	Funções relacionadas com o padrão de marcha							
b780	Funções relacionadas com os músculos e funções do movim.							
Outras Funções do Corpo a considerar								
b1670	Receção da linguagem			X				
b1671	Expressão da linguagem			X				

Actividade e Participação

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:
0 – Nenhuma dificuldade; 1 – Dificuldade ligeira; 2 – Dificuldade moderada; 3 – Dificuldade grave; 4 – Dificuldade completa; 8 – Não especificada¹; 9 – Não aplicável
¹ Deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da dificuldade.
² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Actividade e Participação	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação de conhecimentos							
d110 Observar							
d115 Ouvir							
d130 Imitar							
d131 Aprender através da interacção com os objectos			X				
d132 Adquirir informação							
d133 Adquirir linguagem							
d134 Desenvolvimento da linguagem							
d137 Adquirir conceitos			X				
d140 Aprender a ler							
d145 Aprender a escrever							
d150 Aprender a calcular							
d155 Adquirir competências			X				
d160 Concentrar a atenção			X				
d161 Dirigir a atenção			X				
d163 Pensar							
d166 Ler							
d170 Escrever							
d172 Calcular							
d175 Resolver problemas							
d177 Tomar decisões							
Capítulo 2 – Tarefas e exigências gerais							
d210 Levar a cabo uma tarefa única		X					
d220 Levar a cabo tarefas múltiplas							
d230 Levar a cabo a rotina diária							
d250 Controlar o seu próprio comportamento							
Capítulo 3 – Comunicação							
d310 Comunicar e receber mensagens orais							
d315 Comunicar e receber mensagens não verbais							
d325 Comunicar e receber mensagens escritas							
d330 Falar			X				
d331 Produções pré-linguísticas							
d332 Cantar							
d335 Produzir mensagens não verbais							
d340 Produzir mensagens na linguagem formal dos sinais							
d345 Escrever mensagens							
d350 Conversação							
d355 Discussão							
d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação							
Capítulo 4 – Mobilidade							
d410 Mudar as posições básicas do corpo							
d415 Manter a posição do corpo							
d420 Autotransferências							
d430 Levantar e transportar objectos							
d435 Mover objectos com os membros inferiores							
d440 Actividades de motricidade fina da mão			X				
d445 Utilização da mão e do braço		X					
d446 Utilização de movimentos finos do pé							
d450 Andar							

Checklist (3) por referência à CIF

d455	Deslocar-se								
Capítulo 5 – Autocuidados									
d510	Lavar-se			X					
d520	Cuidar de partes do corpo								
d530	Higiene pessoal relacionada com as excreções		X						
d540	Vestir-se								
d550	Comer			X					
d560	Beber		X						
d571	Cuidar da sua própria segurança								
Capítulo 6 – Vida doméstica									
d620	Adquirir bens e serviços								
d630	Preparar refeições								
d640	Realizar o trabalho doméstico								
d650	Cuidar dos objectos domésticos								
Capítulo 7 – Interações e relacionamentos interpessoais									
d710	Interações interpessoais básicas			X					
d720	Interações interpessoais complexas								
d730	Relacionamento com estranhos								
d740	Relacionamento formal								
d750	Relacionamentos sociais informais								
Capítulo 8 – Áreas principais da vida									
d815	Educação pré-escolar			X					
d816	Vida pré-escolar e actividades relacionadas								
d820	Educação escolar								
d825	Formação profissional								
d835	Vida escolar e actividades relacionadas								
d880	Envolvimento nas brincadeiras			X					
Capítulo 9 – Vida comunitária, social e cívica									
d910	Vida comunitária								
d920	Recreação e lazer								
Outros aspectos da Actividade e Participação a considerar									
d3101	Compreender mensagens faladas simples	X							
d3102	Compreender mensagens faladas complexas			X					
d5400	Vestir roupa			X					
d5401	Despir roupa		X						
d5402	Calçar			X					
d5403	Descalçar	X							
d8151	Manter frequência num programa de educação pré-escolar			X					

Factores Ambientais

Nota: As diferentes categorias podem ser consideradas enquanto barreiras ou facilitadores.

Assinale, para cada categoria considerada, com (.) se a está a considerar como barreira ou com o sinal (+) se a está a considerar como facilitador. Assinale com uma (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:

0 – Nenhum facilitador/barreira; 1 – Facilitador/barreira ligeiro; 2 – Facilitador/barreira moderado; 3 – Facilitador substancial/barreira grave; 4 – Facilitador/barreira completo; 8 – Não especificada; 9 – Não aplicável

Factores Ambientais	Barreira ou Facilitador	Quantificadores						
		0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Produtos e Tecnologias								
e110	Para consumo pessoal (alimentos, medicamentos)							
e115	Para uso pessoal na vida diária							
e120	Para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal							
e125	Para a comunicação							
e130	Para a educação							
e135	Para o trabalho							
e140	Para a cultura, a recreação e o desporto							
e150	Arquitectura, construção e acabamentos de prédios de utilização pública							
e155	Arquitectura, construção e acabamentos de prédios para uso privado							
Capítulo 2 – Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem								
e225	Clima							
e240	Luz							
e250	Som							
Capítulo 3 – Apoio e Relacionamentos								
e310	Família próxima	•			X			
e320	Amigos							
e325	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade							
e330	Pessoas em posição de autoridade	+			X			
e340	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais							
e355	Profissionais de saúde	+			X			
e360	Outros profissionais							
Capítulo 4 – Atitudes								
e410	Atitudes individ. dos membros da família próxima	•			X			
e420	Atitudes individuais dos amigos							
e425	Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade							
e430	Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade	+			X			
e440	Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais							
e450	Atitudes individuais de profissionais de saúde	+			X			
e465	Normas, práticas e ideologias sociais							
Capítulo 5 – Serviços, Sistemas e Políticas								
e515	Relacionados com a arquitectura e a construção							
e540	Relacionados com os transportes							
e570	Relacionados com a segurança social	+			X			
e575	Relacionados com o apoio social geral							
e580	Relacionados com a saúde	+			X			
e590	Relacionados com o trabalho e o emprego							
e595	Relacionados com o sistema político							
Outros Factores Ambientais a considerar								
e5700	Serviços da segurança social	+			X			
e5800	Serviços de saúde	+			X			

ANEXO J

Transcrição da 2ª entrevista à mãe

TRANSCRIÇÃO DA 2ª ENTREVISTA REALIZADA À MÃE

1 – Durante o período de gravidez a mãe teve algum problema?

Não.

2 – Como correu o parto? Foi assistido? Onde?

Foi parto normal, na maternidade. Não fui operada.

3 – Durante os primeiros meses de vida, o seu filho teve algum problema de saúde?

Ele sempre foi mais inquieto que os outros, chorava mais no princípio.

4 – A mãe não inscreveu o seu filho no Jardim de Infância aos três anos de idade, como fez com as irmãs dele. Porquê?

É verdade que não, uma vizinha até me disse que ia comigo à escola para eu inscrevê-lo porque ele estava muito atrasado mas eu não quis porque ele só batia nos irmãos por isso aqui ia ser a mesma coisa e eu não queria problemas, para isso olhava eu por ele.

5 – Em algum momento a mãe sentiu que o seu filho necessitava de apoio especializado? Porquê?

Ele já com quatro anos e falar tão pouco vi que precisava porque eu não sei ensinar, os outros irmãos aprenderam a falar sozinhos mas este não. Os outros começaram logo a comer sozinhos e vestir a roupa mas o C não fazia nada disso.

6 – O que pensa do apoio especializado que o CF recebe no Jardim de Infância? Nota que houve progressos? Em que aspetos?

Ele tem as terapeutas e este ano elas vêm aqui e é melhor porque assim não tenho de o levar de autocarro à clínica, andava sempre a correr. Ele fala mais coisas agora, às vezes até fico a olhar para ele porque há palavras que ele já diz sem eu perguntar nada. Também tem uma professora que vem só para ele e ele gosta dela, ele já sabe os dias que ela está e quando vê o carro dela de manhã fica contente e bate com os pés no chão. Ele até já come melhor, no outro dia pus a sopa na mesa e quando vi ele já estava a comer sozinho com a colher, fiquei admirada. Assim já o posso levar a algum lado que ele já come pela mão dele. E também tira os sapatos sozinho quando chega a casa. Faz mais coisas agora, é verdade.

7 – A mãe esteve presente nas reuniões para elaboração e avaliação do PIIP? A sua participação foi importante? Porquê?

Eu vim, não vim sempre mas vim às vezes e foi importante porque havia coisas que não estavam bem e se mudaram como o jardim-de-infância e as terapias. O C também não recebia subsídios e já recebe. Foi bom, é verdade, não vou dizer que não.

8 – O que pensa a mãe sobre a evolução do seu filho, desde a entrada no Jardim de Infância, até hoje?

Fala melhor e não bate tanto nos irmãos mas ainda se vira a mim algumas vezes. Porta-se melhor quando vai comigo ao café, já não vira as coisas, bebe o galão sozinho. Está melhor.

9 – Sente que os apoios sociais têm sido eficazes na resolução dos vossos problemas? Diga porquê.

Algumas coisas sim mas outras não. Para o CF têm dado, é verdade. Mas precisava que me dessem mais dinheiro e que me mudassem de casa.

10 – Neste momento qual a maior dificuldade que a sua família tem? O que está a ser feito para a ultrapassar? E quais os recursos?

Eu queria mudar de casa já ao tempo e ainda não mudei nem sei para quando é. A casa cheira mal, é pequena para tantos, tem humidade.

11 – Sei que já disse algumas vezes que gostava de deixar de fumar e de beber. Tem ido às consultas de acompanhamento médico?

Sim, eu cheguei a ir mas não consigo deixar. Eu também agora só fumo um maço, antes é que fumava mais. O problema é mais a bebida porque eu nem compro mas bebo porque o meu filho compra para ele.

12 – Houve um programa de formação parental que não quis frequentar. Porquê?

Eu não fui, se fosse só lá em casa podia ser mas eu não tenho tempo para andar sempre para baixo e para cima. As doutoras falaram o que era para aprender e isso eu já sei fazer, lavar, cozinhar, educar os filhos. Os meus filhos são educados, só este é que nasceu assim, tem problemas.

13 – Vem assistir às sessões de terapia que o C frequenta? E às atividades planeadas para a participação dos pais no JI?

Eu quando posso venho mas também tenho a minha vida em casa, não posso vir sempre, já disse à educadora. Ela quer que depois eu faça coisas com o meu filho em casa mas eu não sei fazer, vejo aqui as doutoras com aqueles desenhos e a contar histórias e ele leva para casa mas eu não sei fazer. Cheguei a vir ajudar a fazer um bolo com a educadora mas o C só faz asneiras e assim não venho.

ANEXO K

Transcrição da entrevista à 1ª educadora de infância

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA REALIZADA À 1ª EDUCADORA DE INFÂNCIA

1 – Há quanto tempo é Educadora do C?

Desde o início do ano letivo, portanto há um mês e meio.

2 – Como caracteriza o C?

É uma criança muito instável e carente. É violento tanto com os pares como com os adultos mas o facto de ter mudado de JI pode ter contribuído para voltar à estaca zero neste aspeto...

3 – Quanto ao estado de desenvolvimento do C, quais as áreas que considera fortes e as áreas que considera que tem mais dificuldades?

Eu ainda não tenho conhecimento suficiente para dizer quais são as áreas fortes embora pelos registos da educadora anterior e por situações que também já experimentei, ele gosta de ouvir música. Quanto às dificuldades, tem muitas limitações na comunicação, na interação com os outros, adultos e pares, na higiene pessoal, em comer sozinho.

4 – Como integra e participa o aluno nas rotinas do jardim-de-infância?

Neste momento ainda com muita dificuldade. É uma criança que requer uma atenção muito individualizada porque sai constantemente do grupo e não consegue concentrar-se em quase todas as atividades. Quando está presente a professora de educação especial é mais fácil para ele conseguir estar atento e é mais fácil para mim proporcionar atividades em que ele possa participar porque tem um adulto disponível para apoiá-lo.

5 – Qual é a sua opinião sobre o apoio da Educação Especial e das Terapias? Na sua opinião são os apoios mais adequados? O aluno beneficia de horas suficientes por parte destes apoios?

Dadas as dificuldades do C parece-me que a Educação Especial, a Terapia da Fala e a Terapia Ocupacional, são essenciais para o seu desenvolvimento. Quanto às terapias, ocupacional e da fala, tem duas sessões por semana e tem apoio da professora de educação especial 7 horas por semana. Parece-me pouco para esta criança mas é dos casos a que foi atribuído mais tempo. O que fazemos é tentar rentabilizar ao máximo e programamos todas atividades fora do horário letivo por isso as 7 horas são de apoio efectivo e direto. As atividades são planeadas para todo o grupo e a professora de educação especial acompanha o C; quando ele não está a corresponder porque há muitas alturas em que não colabora, a professora de EE traz outras alternativas para trabalhar com ele. A professora de EE também o acompanha duas vezes por semana durante a hora de almoço, de modo a incutir-lhe regras sociais durante a alimentação mas a este nível o aluno tem dificuldades muito sérias. Está também presente durante a atividade de expressão motora, de forma a ajudá-lo a despir e a vestir a roupa, mas o C revela também a este nível grandes dificuldades. Esperamos que até ao fim do ano letivo haja progressos, porque a sua autonomia é muito importante e a falta dela é uma grande causa de ansiedade na mãe.

6 – Tendo em conta as necessidades desta criança/família, considera adequado o PIIP elaborado?

Penso sim. Dado o atraso global do desenvolvimento da criança e as dificuldades socioeconómicas da família, penso que os objetivos e as estratégias do PIIP foram bem delineados. Por parte dos apoios educativos, de saúde e sociais, está tudo a ser feito e o CF está a beneficiar desses apoios prestados, desde a sua inclusão no JI, o benefício de terapias, da Educação Especial, as consultas de especialidade, os subsídios sociais, etc. Se a mãe começar a participar mais, penso que teremos resultados positivos ao nível da relação da mãe com a criança, das competências parentais, do desenvolvimento global da criança, etc.

7 – Como considera a participação da família (mãe) nas atividades realizadas e propostas pelo no Jardim de Infância?

Neste momento tenho programado com a mãe atividades em que ela já assumiu participar, como por exemplo, confeção de bolos com as crianças no âmbito de um projeto de culinária que estamos a desenvolver no JI e a realização da decoração e fatos para a festa de Natal. Penso que a mãe percebeu a importância do seu envolvimento no jardim-de-infância e que vai participar mais.

8 – Como considera o grau de envolvimento da família (mãe) no desenvolvimento global do CF?

Nesse aspeto penso que a mãe pode contribuir mais e já conversámos sobre isso. As sessões de terapias do C foram mudadas para aqui para que a mãe pudesse estar presente, sendo que está a 10 minutos a pé de sua casa e até agora já decorreram três sessões e mãe apenas esteve presente numa. A nível da terapia da fala, podia tirar-se muito mais rendimento do trabalho que é feito se a mãe vier sempre e aprender para continuar a trabalhar com o filho em casa. Expliquei isto à mãe e espero que ela venha a melhorar neste aspeto.

9 – Sente que o Jardim de Infância é um espaço que tranquiliza ou preocupa, a família do CF? Porquê?

Penso que a mãe gosta que o C esteja cá e não fica preocupada por o deixar aqui. Ela aceita bem conversar comigo mas fica ansiosa quando é chamada à atenção para a higiene do filho ou para outras situações como por exemplo não vir às sessões de terapia. Neste momento tento mostrar-lhe as vantagens que há se ela cumprir estes aspetos, tanto para ela como para o desenvolvimento do filho, sem a criticar de forma pejorativa.

10 – Neste momento, sente que esta família (mãe) está a aproveitar a oportunidade de se tornar num agente facilitador para o desenvolvimento do seu filho?

Ainda não posso dizer responder a isso... Pelos registos que tenho, no ano letivo anterior, penso que essa oportunidade não foi bem aproveitada pela mãe mas talvez seja necessário dar mais algum tempo. É comum os pais que têm filhos com deficiência, demorem algum tempo a terem o comportamento mais adequado que contribua para o desenvolvimento da criança. Esperemos que brevemente esta situação mude.

11- Qual a sua opinião sobre o relacionamento entre a criança e a mãe?

Ainda observei pouco a relação entre os dois para poder ter uma opinião formada. Posso dizer que o C nunca chorou ou mostrou desagrado para ficar no JI, nem no seu primeiro dia. Nem a mãe mostrou preocupação em o deixar aqui. Quando a mãe o vem buscar, por vezes o C não quer ir. Mas não tenho ainda uma opinião formada sobre a relação entre os dois.

12 – E relativamente aos profissionais? Além da construção do PIIP sente que participam ativamente na sua operacionalização?

Sim. Há muita preocupação para que esta família tenha toda a ajuda possível, em todos os domínios selecionados. Sei que no domínio financeiro a família está a receber um abono de família para crianças e jovens portadores de deficiência e foi pedido outro subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial. No domínio da habitação, aguarda-se uma resposta da câmara municipal mas está tudo a ser feito para que seja possível mudar para uma habitação social com outras condições para a família. No domínio da saúde a mãe está a frequentar consultas para reduzir o consumo de álcool e de tabaco. Brevemente a mãe irá frequentar um programa de formação parental e neste domínio já tem todo o nosso apoio e estratégias previstas para a ajudarmos a adquirir essas competências.

13 – Qual a sua opinião sobre a IP em contexto de JI?

Sem dúvida que uma criança, independentemente das suas necessidades, é um diamante em bruto e nesse sentido convém que a intervenção seja realizada o mais cedo possível porque há maior probabilidade de a moldarmos, potenciarmos, estimularmos as suas aptidões e diminuirmos as dificuldades.

ANEXO L

Transcrição da entrevista à 2ª educadora de infância

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA REALIZADA À 2ª EDUCADORA DE INFÂNCIA**1 – Neste momento, como caracteriza o C?**

Quando chegou achava-o uma criança triste, agora ache que já mostra mais alegria. É uma criança menos violenta, em relação às pessoas em posição de autoridade, melhorou muito esse aspecto. Com os pares por vezes ainda é violento.

2 – Quanto ao desenvolvimento do C, quais as áreas que considera fortes e as áreas que considera que tem mais dificuldades?

Quando o C começou a frequentar o JI não tinha uma área preferida ou pelo menos nós não conseguíamos perceber. Desde que começou a familiarizar-se com o papel e lápis, nota-se que ele gosta de desenhar (embora ainda se situe na fase da garatuja) porque por sua escolha é a atividade onde passa mais tempo. Continua com dificuldade na interação com os outros, na comunicação, na higiene pessoal, em alimentar-se, mas melhorou em todos estes aspetos. Mostra evolução e isso deixa-me muito satisfeita.

3 – Como integra e participa o aluno nas rotinas do jardim-de-infância?

É uma criança que ainda requer uma atenção muito individualizada, se estiver um adulto disponível para apoiá-lo, a professora de educação especial ou por vezes por uma auxiliar de ação educativa, aguenta muito mais tempo estar nas atividades em grupo e já sai muito menos vezes do grupo.

4 – O tempo que o aluno usufrui de apoio de Educação Especial e das Terapias é suficiente? Há continuidade do trabalho realizado nesses apoios, em contexto de JI e em casa?

Neste caso a Educação Especial, a Terapia Ocupacional e da Fala, são fundamentais. As terapias poderiam ter resultados mais positivos se a mãe fizesse o acompanhamento das sessões como estava previsto. O C continua com o apoio de EE 7 horas por semana, seria muito bom se tivesse mais mas tentamos rentabilizar o máximo possível e acho que temos feito um bom trabalho. Continuamos a organizar todas as atividades em conjunto, mesmo aquelas em que a professora não está presente e tem resultado. Temos a ajuda de uma auxiliar de educação educativa que tem conhecimento das necessidades do C e dos principais objetivos a desenvolver e este apoio também tem sido muito importante. Há cada vez menos atividades de grupo em que o C não aceita colaborar mas quando acontece, a professora de EE traz outras alternativas para trabalhar com ele ou deixa planeado trabalho para a auxiliar conseguir desenvolver com ele. Continua a haver o acompanhamento da professora de EE 2x por semana durante a hora de almoço e nas restantes vezes da auxiliar de ação educativa. Neste momento já come a sopa sozinho, ainda que com dificuldade, mas é uma vitória. Tem-se trabalhado muito mas está a ver-se resultados positivos e isso é encorajador. Já consegue descalçar-se e despir-se. Calça-se e veste-se com dificuldade mas fez muitos progressos.

5 – Como considera a participação da família nas atividades realizadas e propostas pelo Jardim de Infância?

No início do ano letivo tinha planeado com a mãe atividades em que ela se comprometeu a participar mas não conseguimos que a sua presença fosse assídua. Veio quatro vezes no total... mas estava previsto que viesse duas vezes por mês, pelo menos. Mesmo dizendo que sabe da importância do seu envolvimento no jardim-de-infância e na vida do filho, infelizmente não comparece.

6 – Como considera o grau de envolvimento da família no processo educativo e desenvolvimento do C?

Neste momento acho que dado tudo o que é feito pela família, esta mãe podia envolver-se mais. As sessões de terapias do C decorrem aqui para que a mãe pudesse estar presente, sendo que está a 10 minutos a pé de sua casa e mesmo assim é muito raro a mãe comparecer. Podia tirar-se muito mais rendimento do trabalho que é feito se a mãe viesse sempre e aprendesse para continuar a trabalhar com o filho em casa. Tenho um projeto de culinária de 15 em 15 dias com os alunos e os pais ou avós que têm disponibilidade e pedi à mãe para colaborar neste projeto e durante todo o ano letivo veio duas vezes embora me diga sempre que vem para a próxima.

7 – Neste momento sente que o Jardim de Infância é um espaço que tranquiliza ou preocupa a família do C? Porquê?

Penso que a mãe fica descansada quando deixa aqui o filho, a esse nível este espaço e os seus profissionais não lhe trazem qualquer preocupação. Mas é notório que cada vez menos tolera ser chamada à atenção para a higiene do filho ou para marcas que por vezes este tem no corpo, nessas alturas ameaça que não o traz mais ao JI. Chegou a dizer-me que não o tinha inscrito logo aos 3 anos no JI porque ele só batia e não falava e que não queria ter problemas nem que a estivessem sempre a chamar ao JI a fazer queixas do filho e que tinha razão porque era isso que agora acontecia.

8 – Sente que esta família (mãe) teve oportunidade de se tornar um agente facilitador para o desenvolvimento do seu filho? E essa oportunidade foi aproveitada?

Não. Mesmo para se aproveitar oportunidades é necessário ter-se capacidade e neste momento, após tudo o que foi feito, eu acho que talvez esta mãe não tenha capacidade para corresponder de outra forma. Ela não frequentou o programa de formação parental e precisa tanto de aprender a cuidar dos filhos, a ter cuidados de higiene, alimentação, regras... Continua a fumar e a beber, apesar das consultas de acompanhamento para reduzir esses vícios, às quais entretanto também deixou de ir. Neste sentido a mãe não corresponde aos objetivos do plano delineado e esta criança, sem um suporte familiar sustentável, dificilmente conseguirá ultrapassar as dificuldades que tem.

9 – Tendo constituído a equipa que implementou o PIIP, como avalia a eficácia dessa intervenção?

Bem, para mim é notável que o C beneficiou das várias estratégias e recursos propostos no PIIP. Melhorou a sua autonomia, a comunicação, a motricidade e mesmo as competências sociais. No entanto, não posso dizer que o PIIP foi eficaz porque previa-se um desempenho melhor por parte da mãe, esperava-se conseguir promover nesta mãe competências parentais que não conseguimos. Também esperávamos que esta família conseguisse mudar de casa durante este ano letivo e isso não foi conseguido embora esteja previsto que vá acontecer. Não se conseguiu envolver o pai neste processo. Sei que a família está a receber os subsídios previstos, isso foi conseguido. Mas muitas coisas não se conseguiram. O PIIP foi eficaz em vários objetivos delineados para a criança que evoluiu muito nestes dois anos letivos em várias áreas do desenvolvimento. Mas claro que um dos objetivos essenciais da intervenção precoce é conseguir o envolvimento das famílias e capacitá-las a alcançar os seus objetivos e isso não foi conseguido mesmo tendo sido disponibilizados vários apoios e estratégias.

10 – Neste momento, qual é a sua opinião sobre o relacionamento entre o C e a mãe?

Bem, esta é uma questão muito sensível. A Dona [REDACTED] espera muito pouco do C e mesmo quando ele consegue conquistar alguma etapa a mãe não valoriza essa conquista. Compara-o sempre com os irmãos, quando tinham a idade dele e não consegue adaptar-se à realidade deste filho, que precisa de muita atenção. O C não procura a mãe para ir embora, por exemplo, e quer sempre ficar mais tempo no JI.

ANEXO M

Transcrição da 1ª entrevista à professora de educação especial

TRANSCRIÇÃO DA 1ª ENTREVISTA REALIZADA À PROFESSORA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

1 – Como professora de educação especial que acompanha o caso da família do CF, como caracteriza esta família?

É uma família com várias dificuldades ao nível social, económico e emocional. Neste momento ainda tive pouco contacto com a mãe porque o C falta muito ao JI e também não tem sido fácil reunir com ela.

2 – Qual a sua opinião sobre o relacionamento entre criança e a mãe?

Não estou em posição de poder dar uma opinião sobre essa pergunta. Não quero avaliar mal...

3 – Qual a sua opinião sobre a IP em contexto de JI?

A infância é o momento ideal para intervir junto de crianças/famílias em risco, pois só assim se conseguirá promover competências parentais e evitar que os problemas aumentem. Quando só se toma conhecimento dos problemas numa fase mais posterior, muitas vezes já há traumas que não se ultrapassam e competências que dificilmente se conseguem adquirir. No JI há a vantagem de haver um trabalho muito articulado com a Educadora, que é o adulto que, depois da mãe, mais tempo passa com a criança, e isso é uma mais-valia para o desenvolvimento de vários objetivos, só possível com um trabalho sistemático, enquadrado nas rotinas da criança.

4 – Quanto ao desenvolvimento global do C, neste momento quais as áreas que considera fortes e as áreas que considera mais fracas?

O C apresenta várias dificuldades ao nível da comunicação, da autonomia, da interação social (com adultos e com pares) e a nível da motricidade fina também. Há muito trabalho a fazer com este aluno ao nível da autonomia, ele tem grande dificuldade em alimentar-se sozinho ou em despir-se, por exemplo. Quanto às áreas fortes, noto que ele tem uma boa relação com o papel e os lápis, marcadores, embora não saiba fazer a tríade. Mas é uma área que tentamos explorar e que ele se mostra satisfeito nesses momentos. Espero que as áreas fracas, que neste momento são muitas, venham a melhorar. O C tem força de vontade e isso é muito importante.

5 – Como considera os apoios prestados à família? Têm sido eficazes para o seu desenvolvimento?

Sim, para já parece-me que sim. É muito importante que este aluno comece a vir de forma mais assídua ao JI porque estão a ser disponibilizados recursos e seria bom que isto fosse aproveitado. Tenho conhecimento que há outros apoios que a família ainda virá a usufruir, como acompanhamento médico à mãe na questão do álcool e do tabaco.

6 – Como articula o trabalho que desenvolve com os diferentes profissionais envolvidos? E concretamente com a educadora de infância?

Para já não sinto dificuldades na articulação com os profissionais, só com a família, que devia ser mais presente. Já tentei reunir com a mãe mas faltou. Com a educadora de infância articulo todas as atividades a implementar mas infelizmente são muitas as vezes em que são adiadas porque o C falta muito. Já reuni também com as terapeutas para trabalharmos para o desenvolvimento dos objetivos mais urgentes.

7 - Sente que esta família (mãe) está a aproveitar a oportunidade de se tornar um agente facilitador do desenvolvimento global da criança?

Neste momento parece-me que a mãe podia aproveitar melhor essa oportunidade mas talvez isso ainda venha a mudar. Estamos a trabalhar nesse sentido. Até agora ela parece aceitar sugestões e compromete-se com determinados objetivos mas ainda é cedo para ter uma opinião formada sobre o seu desempenho.

8– Neste momento considera que esta intervenção está a ser eficaz?

Mesmo tendo faltado imenso ao JI e conseqüentemente ao apoio da Educação Especial, O C tem feito alguns progressos, e por isso a intervenção está a ter resultados positivos. Claro que há outros objetivos a desenvolver com a família, como a promoção de competências parentais, e a esse nível já não considero que haja, por agora, resultados significativamente positivos. Há aspetos, como a higiene da criança, que melhoram pontualmente mas que voltam a piorar, não havendo uma evolução consistente.

ANEXO N

Transcrição da 2ª entrevista à professora de educação especial

TRANSCRIÇÃO DA 2ª ENTREVISTA REALIZADA À PROFESSORA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

1 – Neste momento como caracteriza esta família?

É uma família monoparental tipicamente desestruturada, a mãe vive com os filhos mas não os acompanha, quando faz o papel de mãe não é por sua iniciativa mas porque é pressionada por pessoas que estão em posição de autoridade.

2 – Qual a sua opinião sobre o relacionamento entre criança e a mãe?

Penso que o C é uma criança muito carente, que necessita do afeto da mãe. A mãe tem expectativas muito baixas em relação ao filho porque para ela, ele tem problemas que os irmãos nunca tiveram e ela tem imensa dificuldade em lidar com isso. Ter um filho com necessidades especiais pode prejudicar o relacionamento entre mãe e filho e neste caso penso que afeta.

3 – Quanto ao desenvolvimento global do CF, neste momento quais as áreas que considera fortes e as áreas que considera mais fracas?

O C tem uma boa memória visual e auditiva e é uma criança com força de vontade, se ele tiver algum interesse na atividade tenta cumprir os objetivos propostos, é uma criança com potencial. Por exemplo, neste momento liga o computador sozinho e abre os programas que lhe indico. Há um ano atrás ele não compreendia uma ordem ou pedido direto. Relativamente a essa altura, tem um vocabulário mais alargado, é mais independente (sabe comer sozinho, despe-se sozinho...). Há bons progressos em várias áreas do desenvolvimento. O que para mim compromete a evolução do C são os fatores ambientais que o rodeiam, ele não tem o acompanhamento devido nas rotinas diárias em casa, não há sequência do trabalho desenvolvido em contexto de JI.

4 – Como considera os apoios prestados à família? Têm sido eficazes para a promoção da sua autonomia e para a promoção de competências parentais?

Todos os apoios disponibilizados a esta família na minha opinião foram os mais adequados mas se foram eficazes... Os apoios de que o C beneficia têm sido importantes para o seu desenvolvimento mas a família não os rentabiliza. Por exemplo, a terapia ocupacional e a terapia da fala são importantes mas raramente a mãe assiste por isso o trabalho não é continuado em casa. Já em relação aos apoios para a mãe, esta faltou ao programa de formação parental, não aproveitando a oportunidade de com isso contribuir para o bem-estar da família e para que se criem as condições necessários para uma relação saudável com os filhos, por exemplo.

5 – Como articula o trabalho que desenvolve com esta família, com os diferentes profissionais envolvidos no apoio à mesma?

Encontrei sempre muita disponibilidade por parte dos profissionais envolvidos para partilhar informação e redefinir estratégias que visassem fortalecer esta família e em particular o desenvolvimento do C. Há feedback entre nós e sinto que houve muito investimento pessoal para que esta família se motivasse e conseguisse melhorar.

6 – Para si, esta família (mãe) aproveitou a oportunidade de se tornar um agente facilitador para o desenvolvimento do filho? Como avalia a participação dela no JI?

Houve momentos em que esta mãe parecia corresponder aos objetivos, por exemplo, inicialmente quando a alertava para a pediculose do filho, ela parecia compreender a situação e disponível para a resolver. Recentemente já não aceita tão bem ser chamada à atenção... Em momentos de avaliação do PIIP, tinha uma atitude interventiva e comprometia-se com determinadas estratégias, tal como participar em atividades do JI mas depois vinha tão poucas vezes e era necessário estar a recordá-la frequentemente... Veio talvez a quatro ou cinco sessões de terapia da fala e ocupacional durante este ano letivo, o que transparece alguma falta de interesse. De facto podia contribuir muito mais para o desenvolvimento do C.

7 – Como avalia a eficácia desta intervenção?

A nível do atraso global do desenvolvimento do C, houve progressos em várias áreas, nomeadamente ao nível da comunicação, autonomia, motricidade e interação social. Isto foi conseguido devido a um grande esforço de todos, das terapeutas, da educadora, de toda a equipa. Relativamente ao que seria suposto a mãe conseguir, como melhorar a higiene do filho, não lhe bater, participar nas atividades em contexto de JI, frequentar as sessões de terapia da fala e de terapia ocupacional, o plano não foi eficaz... houve momentos em que a mãe correspondia ou parecia corresponder, como quando começou a frequentar as consultas de acompanhamento médico para reduzir o consumo de álcool e de tabaco, mas pouco tempo depois desistiu... O objetivo máximo da intervenção precoce é promover, nas famílias, competências parentais, auto-confiança e autonomia e isso não foi conseguido.