



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

**INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA: UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA E
SISTEMICA**

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Autora: Raquel Gonçalves

Orientador: Professora Doutora Cláudia Delane Silva de Castro

Número da candidata: 30000655

29 de Abril de 2023

Lisboa

Agradecimentos

O meu maior agradecimento vai para o meu filho Rodrigo, que me faz querer ser sempre mais e melhor. Mais como mãe e melhor exemplo na sua vida.

Com base nisso, decidi voltar a estudar no momento mais doloroso da nossa vida, porque perder-me naquela altura era demasiado fácil. Com a certeza de estar a assumir uma escolha onde mais que um investimento pessoal era uma escolha de salvação para nós, que feliz estou, por concluir agora que estou a terminar que não me enganei.

Grata Pedro, por te maneres ao meu lado neste percurso tantas vezes marcado com dificuldades. Agradeço à vida todas as vivências e pessoas que de forma direta ou indireta me influenciaram a chegar onde estou hoje. Agradeço com carinho aos meus colegas de licenciatura e mestrado, em especial ao Hugo (irmão académico), que sempre demonstrou um sentido de ajuda sem limites de paciência. Às amigas Paula e Cecília que tornaram os serões de estudo numa doce recordação.

Grata aos meus professores de licenciatura e mestrado, à Professora Doutora Cláudia Castro, que me ajudou na orientação do relatório e à minha supervisora de estágio, Dra.^a Cristina Perdigão, que irei recordar como uma importante referência profissional.

Importa ainda agradecer às famílias que me permitiram fazer um estágio tão enriquecedor.

Imensamente Grata à vida!

“Eu não sou o que aconteceu comigo, eu sou o que eu escolhi ser.”

Carl G. Jung

Resumo

O presente relatório pretende apresentar aos leitores o trabalho decorrente do estágio académico no âmbito do mestrado de Psicologia Clínica e do Aconselhamento, realizado na Universidade Autónoma de Lisboa.

A população alvo são crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, com perturbações do desenvolvimento, residentes no distrito de Lisboa.

No âmbito do estado da arte, a intervenção precoce inicialmente focava-se nos déficits do desenvolvimento, com intervenção direta e exclusiva na criança, assente numa perspetiva biomédica. Posteriormente, sob influência da teoria dos sistemas, Dunst defende uma abordagem de intervenção, vista como um suporte familiar de resposta multidisciplinar, e com extrema importância numa intervenção em idade precoce nos déficits do desenvolvimento infantil. A abordagem sistémica pretende consciencializar a família, bem como promover as ferramentas necessárias ao empoderamento familiar e capacitar a criança com autonomia. Porém, a dificuldade observada durante o estágio, por forma a atingir este objetivo com sucesso, prende-se com o grande número de pedidos de referência à equipa local, o que dificulta uma intervenção individualizada, com a criança e a sua família.

Na segunda parte deste relatório é feita referência a alguma literatura consultada no âmbito dos temas pertinentes à fundamentação dos casos acompanhados e, por último, apresenta-se a discussão clínica dos casos A e B, bem como uma reflexão pessoal sobre o estágio.

Palavras-chave: Crianças, Perturbação do Desenvolvimento, Empoderamento Familiar, Abordagem Sistémica.

Abstract

This report intends to present to the readers the work resulting from the academic internship in Clinical and Counseling Psychology, carried out at the University Autónoma de Lisboa.

The target population are children aged between 0 and 6 years old with developmental disorders, residing in the district of Lisbon.

Within the scope of the state of the art, early intervention initially focused on developmental deficits, with direct and exclusive intervention on the child, based on a biomedical perspective. Later, under the influence of systems theory, Dunst defends an early intervention approach, seen as a family support for a multidisciplinary response, and with extreme importance in an intervention at an early age in the deficits of child development. The systemic approach intends to make the family aware, as well as to promote the necessary tools for family empowerment and empower the child with autonomy. However, the difficulty observed during the internship, in order to successfully achieve this objective, is related to the large number of requests for referrals to the local team, which makes it difficult to carry out an individualized intervention with the child and his family.

In the second part of this report, reference is made to some literature consulted within the scope of themes relevant to the foundation of the cases followed and, finally, the clinical discussion of cases A and B is presented, as well as a personal reflection on the internship.

Keywords: Children, Developmental Disability, Family Empowerment, Systemic Approach.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introdução..... | 9 |
| Parte I – Contextualização do Estágio..... | 11 |
| Apresentação da Instituição de estágio | 11 |
| O Psicólogo Clínico | 12 |
| O Psicólogo Clínico na Instituição..... | 13 |
| Levantamento das Problemáticas | 14 |
| Abordagem Centrada na Família em IPI (Dunst)..... | 15 |
| Modelos e Práticas de Intervenção Precoce na Abordagem Centrada na Família ... | 17 |
| Práticas Atuais de Intervenção Precoce..... | 19 |
| Modelos Terapêuticos da Intervenção Precoce | 20 |
| Parte II – Revisão da Literatura | 24 |
| Teoria da vinculação com o contributo de Bowlby e Ainsworth | 24 |
| A Importância do Brincar no Desenvolvimento Infantil | 27 |
| Os jogos na formação da criança por Jean Piaget | 28 |
| Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)..... | 30 |
| Mutismo seletivo | 33 |
| Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde | 34 |
| Parte III- Trabalho de Estágio | 36 |
| Objetivos | 36 |
| Atividade de Estágio | 37 |
| Instrumento de Avaliação Psicológica..... | 39 |
| Escala de desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths | 39 |

| | |
|---|-------------------------------------|
| Casos Práticos | 41 |
| Caso clínico A. | 41 |
| Síntese das sessões | 43 |
| Discussão clínica caso A. | 45 |
| Reflexão do caso A..... | 46 |
| Avaliação psicológica..... | 47 |
| Caso clínico B. | 47 |
| Síntese das sessões | 49 |
| Discussão Clínica Caso B | 50 |
| Reflexão Caso B..... | 51 |
| Parte IV- Conclusão | 53 |
| Referências | 54 |
| Anexos | 58 |
| Anexo I - Cronograma de Estágio..... | Erro! Marcador não definido. |
| Anexo II - Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths dos 0-2 anos (Caso B) | |
| | Erro! Marcador não definido. |
| Anexo III - Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths dos 3-8 anos (Caso B) | |
| | Erro! Marcador não definido. |
| Anexo IV - Ecomapa Familiar (Caso B)..... | Erro! Marcador não definido. |
| Anexo V - Genograma Familiar (Caso B)..... | Erro! Marcador não definido. |

Lista de Siglas e Acrónimos

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF - classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde

D I R - Modelo baseado no Desenvolvimento nas Diferenças Individuais e na Relação

DSM - Manual de Diagnóstico e de Estatística de Doenças mentais

EDMG – Escalas de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths

ELI - Equipa Local de Intervenção

MTSS - Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social

ME - Ministério da Educação

MS – Mutismo Seletivo

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

IPI - Intervenção Precoce na Infância

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Introdução

O presente relatório de estágio enquadra-se no âmbito da conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, realizado entre outubro de 2021 e julho de 2022.

O Estágio Académico apresenta uma duração de 400 horas, repartidas pelos dois semestres do segundo ano de mestrado. A elaboração do relatório tem como pertinência descrever o trabalho desenvolvido no contexto de estágio académico, assim como apresentar um caso clínico e uma avaliação psicológica com a fundamentação teórica relacionada com a prática de estágio.

A instituição que acolheu o estágio presta serviços de intervenção precoce na infância, direcionado a crianças com atraso no desenvolvimento infantil, dos 0 aos 6 anos de idade. A intervenção tem como objetivo capacitar a criança para um desenvolvimento pessoal, fortalecer as auto competências da família e promover a inclusão social.

Para o cumprimento destes objetivos é fundamental um trabalho de equipa em todo o processo de intervenção entre os profissionais e a família. As dinâmicas de intervenção do psicólogo são compostas por jogos e brincadeiras de exploração e prazer pelo brincar e pela relação com os outros, sendo extremamente importante a participação da família nas sessões.

Desta forma é possível perceber e trabalhar as várias áreas de desenvolvimento da criança, ou seja, as suas competências ao nível motor, cognitivo e social. Igualmente importante é a observação da criança em contexto escolar, uma vez que permite um conhecimento das capacidades de socialização com os pares.

As sessões são realizadas na sala da Equipa local de Intervenção (ELI) e através de deslocação ao estabelecimento de ensino da criança. Quando se justifica, o acompanhamento pode ser em contexto de domicílio.

As equipas são multidisciplinares, compostas por terapeutas da fala, técnicas operacionais, psicólogos e professores do ensino especial. Pretende-se então assegurar uma intervenção o mais precoce possível e individualizada que permita uma resposta adequada às necessidades da criança e família em específico.

Este relatório encontra-se dividido em quatro partes, sendo que a primeira corresponde à componente teórica, onde é realizada uma breve apresentação da instituição com referência ao seu enquadramento legal, a população alvo, os seus valores, missão e explanando o papel do psicólogo clínico. Na segunda parte é feita uma revisão da literatura, abordando os temas principais do estágio, nomeadamente o desenvolvimento infantil, intervenção precoce na infância e a abordagem centrada na família. A terceira parte apresenta o trabalho

desenvolvido ao longo do estágio, incluindo o caso A, referente ao acompanhamento clínico e o caso B, a avaliação psicológica. Por último, na parte quatro, apresenta-se uma breve conclusão do trabalho realizado ao longo do estágio, das limitações, benefícios e aprendizagens obtidas, tanto do ponto de vista pessoal quanto profissional.

Parte I – Contextualização do Estágio

Apresentação da Instituição de estágio

A instituição que acolheu o estágio presta serviço de Intervenção Precoce na Infância (IPI), sendo a população alvo crianças com atraso no desenvolvimento dos 0 aos 6 anos de idade e suas famílias. Resulta da integração organizada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME), tendo por base o Decreto-Lei nº281/2009.

Os valores da instituição prendem-se com a promoção da coesão social e a missão é a de garantir um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa na área da educação, da saúde e da ação social.

Ao nível nacional a instituição é coordenada por uma comissão constituída por representantes dos três ministérios, que elegem as subcomissões de coordenação regional, composta por profissionais que exercem funções de apoio e de orientação profissional às Equipas Locais de Intervenção (ELI).

Estas equipas são compostas por profissionais da área da saúde, educação e segurança social e a sua intervenção procura promover uma melhor oportunidade de aprendizagem na criança, empoderar as competências dos cuidadores e os recursos na família e comunidade, através de uma intervenção precoce.

As equipas são multidisciplinares, compostas por terapeutas da fala, técnicos operacionais, psicólogos e professores do ensino especial. Pretendem então assegurar uma intervenção o mais precoce possível e individualizada que permita uma resposta adequada às necessidades da criança e família em específico. A intervenção tem como objetivo capacitar a criança para um desenvolvimento pessoal, fortalecer as auto competências da família e promover a inclusão social.

Para o cumprimento destes objetivos é fundamental um trabalho de equipa em todo o processo de intervenção entre os profissionais e a família. As dinâmicas de intervenção do psicólogo são compostas por jogos e brincadeiras de exploração e prazer pelo brincar e pela relação com os outros, sendo extremamente importante a participação da família nas sessões.

Desta forma é possível perceber e trabalhar as várias áreas de desenvolvimento da criança, ou seja, as suas competências ao nível motor, cognitivo e social. Igualmente importante é a observação da criança em contexto escolar, uma vez que permite um conhecimento das capacidades de socialização com os pares.

As sessões são realizadas nas salas da ELI e através de deslocação ao estabelecimento de ensino da criança e quando se justifique, realizadas em contexto de domicílio.

Sendo a IPI, um processo que passa por várias fases, a primeira etapa prende-se com a identificação e observação dos primeiros sinais de que o desenvolvimento da criança pode estar a ocorrer de uma forma atípica (Machado, 2021).

Na sua maioria a sinalização para IPI corre quando os pais recorrem ao parecer de um profissional de saúde para perceber se determinado comportamento ou ausência deste é atípico. Noutros casos, são os profissionais de saúde ou educadores de infância, que reconhecem a necessidade de intervenção ao nível psicológico na criança e seus pais, um facto que só acontece devido a um conhecimento profundo das várias fases do desenvolvimento normal de uma criança. Pode ainda acontecer que a referenciação acontece durante a gestação e nesses casos a intervenção começa de imediato com o casal (Machado, 2021).

O Psicólogo Clínico

O processo de Bolonha no final dos anos 90 foi implementado como um compromisso entre os vários estados-membros da União Europeia, com a pretensão de equiparar os vários graus académicos e a qualificação profissional.

A *European Federation of Psychologists Associations* (EFPA, 2015), regulamentou o que considera os vários níveis de grau, compreendido em dois ciclos avaliados por um sistema de créditos. Desta forma torna-se possível um intercâmbio e uma avaliação reconhecida por todos os estados-membros. A formação do Psicólogo Clínico compreende a aquisição de dois grupos de competências definidas como objetivos gerais, ou seja, competências primárias que dizem respeito às atividades e conhecimentos profissionais, assim como o código de ética deontológica que suporta as competências da prática clínica. O segundo grupo refere os objetivos específicos as competências transversais do psicólogo, onde se enquadram as práticas de investigação, formação contínua e supervisão, as relações interpessoais e a capacidade de autorreflexão e autocrítica do profissional.

O Psicólogo Clínico pretende promover respostas às necessidades do indivíduo a nível da Saúde Mental, através de práticas de prevenção, avaliação, supervisão e tratamento. Em Portugal, as prevalências das perturbações na Saúde Mental atingem um nível preocupante, com um grande impacto social e económico, na qual torna-se de relevo investir na prestação de serviços psicológicos, uma vez que resulta na diminuição do sofrimento no indivíduo e na redução dos encargos económicos resultantes das doenças em saúde mental. A valorização

das competências profissionais do Psicólogo Clínico como uma prática em saúde, será refletida na saúde num contexto nacional (Araújo, 2022).

O Psicólogo Clínico na Instituição

Para a EFPA (2015), existem competências primárias e competências transversais que os psicólogos devem atender. Na instituição de estágio o papel do psicólogo prende-se com dois objetivos pertinentes: O primeiro é empoderar as famílias para uma interação com a criança e com os vários sistemas onde esta se encontra inserida. Em seguida, com respeito pelas preocupações dos pais e de uma observação das fragilidades da criança, planejar sessões que promovem na criança gosto pela relação com o outro, assim como o reforço e aquisição de competências da área cognitiva. Quer seja na criança ou nos adultos, o papel do psicólogo no Serviço Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI), prende-se com uma intervenção que procura promover a autonomia e a inclusão.

Ao longo do estágio as competências observadas inerentes ao psicólogo clínico dentro da instituição prendem-se nos seguintes parâmetros:

- Realizar a Avaliação de Desenvolvimento e/ou outras Avaliações Psicológicas específicas à criança, dependendo da sua problemática;
- Elaborar relatórios de avaliação de desenvolvimento das crianças, bem como colaborar na execução de planos e programas de intervenção individualizados para a criança e para a família;
- Coordenar as avaliações transdisciplinares (situações de problemáticas complexas de crianças com alterações da relação, comunicação, cognição e comportamento), envolvendo as famílias e outros parceiros técnicos ou não técnicos que intervêm localmente direta ou indiretamente com as crianças;
- Supervisionar e Apoiar Tecnicamente e Sistemáticamente, no âmbito da IPI, outros profissionais que apoiam diretamente crianças e famílias;
- Colaborar com outros serviços parceiros na intervenção com crianças portadoras de deficiência ou em situação de risco de a adquirir quer por causas biológicas quer socioambientais e respetivas famílias, divulgando modelos de trabalhos com estas Famílias e com estas Crianças, através de intervenções que podem ser diretas ou indiretas. Possível colaboração com Redes Sociais sempre que existam;
- Dinamizar, apoiar e desenvolver Grupos de Pais de Interajuda numa perspetiva de Educação Parental e Apoio à Família;

- Investigar novos modelos de intervenção com Crianças e Famílias no âmbito da IPI em colaboração com os colegas da Equipa Pluridisciplinar;
- Colaborar nas Ações de Formação da ELI.

O cronograma dos meses de estágio apresentado em anexo, teve uma duração de 490 horas, distribuídas pelos meses de outubro de 2021 até julho de 2022. Em média foram efetuadas 55 horas mensais, distribuídas pelas atividades descritas no cronograma. As práticas consistiram em observação, participação em dinâmicas, supervisão e discussão dos casos.

Levantamento das Problemáticas

Ao longo dos meses em que decorreu o estágio académico, foi possível ter consciência da realidade da componente prática que diz respeito ao psicólogo clínico na IPI, bem como dos vários profissionais que compõem a ELI.

Passos, M., (2018) refere que as práticas diretas com a criança assentam numa construção de relação e suporte que envolve a criança e a família, com objetivo de capacitar a criança de novas competências e superar fragilidades ao nível do desenvolvimento global.

Um primeiro olhar sobre as necessidades na instituição de estágio, demonstram uma incapacidade de dar resposta a todos os pedidos com um acompanhamento regular, isto deve-se ao crescente pedido de referenciação, uma vez que esta zona geográfica tem vindo a crescer de forma rápida e considerável ao nível populacional.

Contudo, estes pedidos na maioria são compreendidos pelas famílias como uma terapia, mas no ponto de vista dos psicólogos da ELI, isso é reduzir a intervenção a um horário limitado ao tempo da sessão e retirar o fator primordial de que a família faz parte do processo interventivo para garantir o sucesso.

Por esse motivo, Gonçalves, (2019) refere que é fundamental esclarecer os pais sobre a importância de se tornarem elementos participativos na relação e interação lúdica, que pretende fortalecer o vínculo, ser um momento de descoberta e prazer, que pode ser transportado para além do horário da sessão através das rotinas da família. Outra grande necessidade prende-se precisamente com a dificuldade de as famílias adquirirem o hábito de brincar e criar momentos de exploração com a criança. Esta prática permitiria aos pais, tomarem consciência das suas dúvidas e inseguranças na relação com a criança e junto do psicólogo empoderar-se para que o processo de intervenção promova o desenvolvimento das competências comprometidas.

Importa também ressaltar que o diagnóstico das perturbações do desenvolvimento em crianças em IPI, deixa os pais com um sentimento de angústia no que diz respeito ao estigma

ligado às perturbações de saúde mental. Hannum, (2018) refere que crianças diagnosticadas com Perturbação do desenvolvimento, deixam os pais com um sentimento de insegurança, uma vez que estes são representados maioritariamente como indivíduos incapazes de uma integração social. Por vezes, com base nos estigmas sociais, consciente ou inconscientemente os pais adotam comportamentos de isolamento ou fuga, comprometendo as condições para o estímulo das áreas fragilizadas da criança. Por outro lado, o auto estigma resulta das crenças que o indivíduo ativa no momento do diagnóstico.

Dessa forma, é fundamental que durante o processo de acompanhamento em IPI, o psicólogo demonstre competências psíquicas para os vários pedidos da família em particular. Tratando-se de crianças em idade precoce, orientar os pais para melhor lidar com as diferenças atípicas na criança e informá-los sobre as respostas que podem ser pertinentes para a sua realidade em particular, pode ser a alavanca para uma intervenção eficaz (Gonçalves, 2019).

Abordagem Centrada na Família em IPI (Dunst)

O principal objetivo da abordagem centrada na família é contribuir para o bem-estar familiar, reduzir fatores de stress, manter ou melhorar as competências relacionais entre os membros da família com recurso a uma variedade de técnicas de intervenção que procurem aproximar as rotinas familiares o mais possível das rotinas de uma criança típica da mesma idade. O objetivo das técnicas utilizadas é facultar um fortalecimento do funcionamento familiar, levando-os a alcançar uma independência da ajuda terapêutica (Esteves, 2018).

Sistema Familiar - Atualmente podemos observar a existência de novas formas de família, a sua definição assenta em vínculos e em esquemas relacionais. As funções da família são, promover sentimentos de pertença enquanto grupo, respeitar a individualidade de cada elemento, o desenvolvimento de competências relacionais e sociais dentro e fora do grupo, bem como a transmissão de valores culturais. A pertinência desta abordagem prende-se com o apoio às necessidades e valorização das prioridades dos vários elementos e não somente da criança. Uma vez que tanto a família como a criança sofrem alterações ao longo do tempo, o plano de IPI deve acompanhar as mudanças individuais, através de um plano flexível e dinâmico (Esteves, 2018).

É fundamental a equipa de profissionais observar os aspetos mais relevantes da família numa perspetiva sistémica, onde áreas como estrutura, funcionamento do sistema familiar, recursos, competências da família e o suporte formal e informal se influenciam entre si. Os princípios fundamentais da metodologia da Intervenção Centrada na Família referem que esta

deve ser ecológica, isto é, com respeito pela sua cultura, valores, crenças e história familiar. O princípio da metodologia diz respeito à prática centrada na família, com foco nas relações criança/pais e com base nas forças familiares. Esta metodologia reflexiva deve-se às alterações que vão acontecendo ao longo da intervenção e que só através de uma comunicação baseada numa relação de confiança e de reflexão das fragilidades sentidas pelos intervenientes se pode alcançar uma intervenção eficaz (Esteves, 2018).

A perspetiva sistémica com as famílias segue um modelo de quatro fatores que se inter-relacionam entre si (Esteves, 2018).

1- Estrutura familiar, diz respeito aos elementos que compõem o grupo familiar, tais como: fatores socioeconómicos, culturais e étnico, bem como as características que vão variando e os valores que vão adquirindo por influência do sistema cultural onde estão inseridos;

2- Intervenção familiar, compreende as relações entre os subsistemas familiares e a estrutura familiar resultante das variáveis como valores, coesão, adaptabilidade e comunicação;

3- Funções familiares, engloba as várias atividades que a família desenvolve como resposta às necessidades que enfrenta na socialização, na saúde de componente económica entre outras;

4- O ciclo de vida, refere-se às mudanças na família por influência do tempo e do desenvolvimento individual dos elementos familiares.

Na IP centrada na família, os profissionais devem observar estes fatores e adequar a técnica utilizada ao objetivo de fortalecer e empoderar a família a enfrentar as dificuldades.

Sistema social - Dunst, desenvolveu o modelo dos sistemas sociais sob influência da teoria dos sistemas de Bronfenbrenner, e introduziu na IPI o conceito sistémico social. O suporte social é definido pelos apoios exteriores, que podem ser de carácter emocional, físico, informativo ou económico e que resultem numa influência ao comportamento de quem o recebe. Podemos observar o suporte social em cinco formas (Esteves, 2018);

- Suporte reacional, que diz respeito à qualidade e quantidade da interação social da família;
- Suporte estrutural, refere-se às redes sociais de apoio;
- Suporte constitucional, engloba as necessidades sentidas e específicas da família e os recursos necessários na ajuda prestada;
- Suporte funcional é referente à quantidade e qualidade de apoio prestado;

- Suporte definido, refere o sentimento de satisfação

Em conclusão o trabalho dos técnicos em IPI no que se refere à esfera social, consiste em facultar informações de esclarecimento sobre o atraso do desenvolvimento infantil, a promoção de recursos como materiais e equipamentos adequados, orientações para os apoios financeiros necessários. Numa perspetiva emocional a ajuda dos técnicos prende-se com auxílio no suporte social, através de apoios informais tais como grupos de pais e o uso de técnicas de reforço e fortalecimento de competências. As práticas em IPI têm vindo a sofrer uma evolução, o modelo utilizado atualmente resulta do contributo de Dunst que apresenta uma intervenção baseada num sistema familiar e está designada como intervenção de terceira geração (Esteves, 2018).

Modelos e Práticas de Intervenção Precoce na Abordagem Centrada na Família

Os programas de IPI surgiram nos anos 60, nos Estados Unidos da América, tendo por base os programas de educação direcionados a crianças em desvantagem social em idade pré-escolar e, posteriormente, incluíram crianças com deficiência. A primeira geração de programas de intervenção, tinha como foco a criança e as suas linhas de orientação assentes numa perspetiva biomédica com práticas monodisciplinares (Arroz, 2015).

Os modelos teóricos que fundamentaram as práticas de intervenção de segunda geração surgiram na década de 70, sob a Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy. Esta teoria influenciou a IPI para uma abordagem sistémica da família, ao defender a interdependência de todos os elementos que formam um sistema vivo, ou seja, a interação dos vários elementos promove condições únicas que não são possíveis de existir em cada elemento em particular. As aptidões enquanto família vão refletir-se nos vários membros e vice-versa (Nunes, 2014).

Mais tarde o modelo Transacional proposto por Sameroff e Chandler deu o seu contributo às práticas de IPI ao realçar a influência das interações ao longo do desenvolvimento da criança. Segundo os autores, o comportamento e aprendizagens resultam da relação e experiências da interação da criança com os seus cuidadores e o meio ambiente (Rodrigues, 2021).

Posteriormente, o modelo Bio ecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner defende que o desenvolvimento da criança vai resultar da sua interação com os vários contextos onde esta se encontra. Para o autor o desenvolvimento normal de uma criança (organismo humano biopsicológico ativo em desenvolvimento), depende de um envolvimento contínuo e incondicional dos adultos cuidadores e da existência de atividades conjuntas. A existência de condições ambientais, que proporcionam hábitos e políticas

públicas que incluam os vários adultos que fazem parte do dia a dia da criança, é fundamental para empoderar e promover o seu desenvolvimento individual (Pego, 2014).

O modelo Bio ecológico (Pego, 2014) defende um conjunto de subsistemas sociais que se ligam entre si, onde o indivíduo está inserido, nomeadamente:

- **Microsistema** – que representa as relações interpessoais mais próximas, isto é, as vivências com os familiares, com a escola e com os amigos.
- **Mesosistema** – que diz respeito aos processos relacionais entre dois ou mais contextos onde o indivíduo está incluído, por exemplo a relação entre a escola e a casa da criança.
- **Exossistema** – que inclui os processos relacionais entre dois ou mais contextos onde o indivíduo em desenvolvimento não está incluído, como a relação do trabalho dos pais com a casa.
- **Cronossistema** – refere a influência do tempo durante o processo de desenvolvimento, uma vez que as mudanças acontecem em simultâneo, quer no ambiente como na criança, com influência no seu desenvolvimento.

Sob influência dos modelos anteriores surge o modelo de terceira geração com o contributo de Dunst, assente em evidências que indicam a relação do contexto social e os fatores ambientais na promoção do desenvolvimento do indivíduo e o fortalecimento familiar (Romudas, 2022).

O modelo de terceira geração em IPI é caracterizado por uma alteração das práticas do profissional, que assentam numa abordagem centrada na família, no aconselhamento e empoderamento das competências parentais. Propõe facultar novos conhecimentos de auxílio aos cuidados da criança com alterações ou risco ao seu desenvolvimento. Este modelo defende que a forma como a prática de intervenção acontece é tão ou mais importante quanto o conteúdo da atividade em si. Atualmente o profissional em IPI atua de forma direta através de atividades com a criança e de forma indireta com o esclarecimento, orientação e aconselhamento aos pais e educadores, quer em contexto de domicílio ou de ensino (Romudas, 2022).

Em suma, a Abordagem Centrada na Família defende uma intervenção que enfatiza as forças e não os déficits, assenta no fundamento de que a família é o pilar na intervenção ao nível da tomada de decisão referente à criança uma vez que são quem melhor conhece as forças e fragilidades da criança. A sua perspetiva sistémica e ecológica, permite práticas centradas na família focadas em oportunidades de aprendizagem da criança e o

empoderamento parental e na valorização dos recursos da família e da comunidade (Aradas, 2019).

Práticas Atuais de Intervenção Precoce

Os modelos anteriores de intervenção, particularmente os modelos transacionais e ecossistêmicos, tornaram evidente a importância da qualidade do contexto familiar e a inclusão na comunidade, para o bom desenvolvimento da criança. Esta observação levou à implementação do modelo dos sistemas sociais de Dunst na IPI.

Segundo Tegethof (2007) as práticas atuais de IPI assentam em três pressupostos que podem ser resumidos em:

- 1) Todos os organismos possuem condições de adaptação ao meio envolvente, da mesma forma que o comportamento e o desenvolvimento não são um facto preciso nem geneticamente efetivo;
- 2) O desenvolvimento das crianças e jovens só pode ser alcançado numa conjuntura ecológica que inclua família e comunidade;
- 3) A diversidade das situações que surgem em IPI justificam a prática de uma intervenção interdisciplinar.

Em Portugal, o desenvolvimento das áreas da saúde, educação e políticas sociais influenciaram a evolução do sistema de IPI. Nos anos 80, no distrito de Lisboa o projeto “*Portage Program for Parents*” desenvolvido sob a direção dos serviços de orientação e intervenção psicológica, teve um forte impacto nas práticas de IPI, ao implementar a criação de planos individuais, coordenação de serviços, visitas domiciliárias e supervisão para promover oportunidades de colaboração interdisciplinar (Pego, 2014).

No ano de 1999, as práticas de IPI em Portugal foram regulamentadas através do (Despacho Conjunto nº 891/1999), a união do MTSS, MS e ME, o objetivo é promover através de ELI a reabilitação da criança com perturbações do desenvolvimento, incluindo a família no processo de intervenção (Rodrigues,2021).

Dez anos depois, segundo os princípios estabelecidos na convenção das Nações Unidas dos direitos da criança e no âmbito do plano de ação para a integração das pessoas com deficiência ou incapacidade, o SNIPI foi criado ao abrigo do Decreto-Lei nº 281/2009 publicado no diário da república a 6 de outubro. Com a missão de garantir a IPI, ou seja, promover um conjunto de medidas de apoio, centrado na criança e na família (Pego, 2014).

A preocupação com as práticas aplicadas em IPI levou os investigadores a efetuar estudos que lhes permitissem elaborar um conjunto de práticas baseadas em evidências empíricas.

Um estudo de Augusto, (2012), definiu como práticas recomendadas um conjunto de serviços diretos e indiretos. Deste modo o serviço direto consiste na avaliação individualizada, com base nas necessidades da criança e da sua família, fundamentando a planificação e implementação da intervenção às fragilidades e ao reforço das potencialidades, no decorrer do processo de acompanhamento. Práticas focadas na criança, através de uma intervenção em ambiente seguro e baseada nas capacidades de aprendizagem, com uma avaliação contínua em contexto de rotinas diárias. No que diz respeito à família, práticas com respostas à singularidade familiar flexíveis e de reforço ao seu funcionamento, inclusão no trabalho de intervenção através de uma partilha e colaboração direta desta com o profissional. Os modelos interdisciplinares, baseiam-se no funcionamento da criança em detrimento da especialidade dos profissionais, as decisões são tomadas em equipas que incluem a família e a intervenção implementada. Os apoios à intervenção consistem em fornecer às famílias recursos através das tecnologias de acesso à informação e apoios pertinentes ao trabalho em conjunto entre família e profissionais.

Os serviços indiretos dizem respeito às políticas, procedimentos e mudanças de programas, a orientações políticas para as práticas recomendadas. As famílias e os profissionais participam e contribuem para a definição das políticas, que promovem a participação e a tomada de decisão da família, bem como a cooperação interdisciplinar. Por último a preparação das pessoas, para uma formação interdisciplinar e atualizada, com uma supervisão da qualificação do profissional e da intervenção direta (Augusto, 2012).

Modelos Terapêuticos da Intervenção Precoce

Os modelos terapêuticos de intervenção, sofreram influência da necessidade de um diagnóstico precoce e de uma abordagem terapêutica, que incluísse a família no acompanhamento da criança (Rodrigues, 2021).

O primeiro programa com resposta a esta alteração em Portugal surge em 1984, designado por Programa *Portage*- Guia de País para a Educação Precoce, com bases numa intervenção centrada na família. Este programa foi adaptado da versão original criada em 1969 em Portage, nos Estados Unidos da América. As práticas estão direcionadas para pais e crianças com necessidades especiais relacionadas com o desenvolvimento infantil, podem ser implementadas em contexto domiciliário ou em creche e jardim de infância. Em Portugal o

programa foi implementado através da criação da Associação Portage Portuguesa nos anos 80, designado por Guia de País para a Educação Precoce, composto por fichas e registos comportamentais adaptados à população Portuguesa (Lourenço, 2018).

Numa perspetiva técnica o Portage é um instrumento que permite elaborar um plano de atividades composto por fases. A primeira fase diz respeito à avaliação comportamental através da lista de registos de comportamento do programa, ou seja, permite ao técnico observar o desenvolvimento da criança ao nível de competências adquiridas e deste modo elaborar objetivos específicos com as fichas de atividades. Este processo permite aos técnicos e aos pais trabalhar novas competências na criança, assim como reforçar as suas potencialidades, e o registo evolutivo da intervenção. A última fase refere-se às visitas domiciliárias com regularidade e servem como suporte aos pais através da criação de uma lista de tarefas e objetivos. A lista é elaborada respeitando a dinâmica familiar, que a criança deverá pôr em prática na sua rotina diária (Lourenço,2018).

A Perturbação do Espectro de Autismo (PEA) tem levado os investigadores da área a efetuar estudos para reconhecer as causas e a obter um maior conhecimento sobre as alterações do desenvolvimento infantil. Os estudos têm revelado a importância de um diagnóstico e a prática de uma intervenção em idade precoce (Ribeiro & Cardoso, 2014).

A prática terapêutica através do programa Portage (Lourenço,2018), não permitia trabalhar com crianças em primeira infância, no entanto, a sua influência foi fundamental para a construção de outros programas em IP indicados para crianças dos 0 aos 6 anos, como o Modelo baseado no Desenvolvimento nas Diferenças Individuais e na relação (DIR).

Nos anos 90, os autores Stanley Greenspan e Serena Wieder desenvolveram o modelo de intervenção DIR (*Developmental, individual Difference Relationship- Based*), ao reconhecer a importância das relações interpessoais no desenvolvimento da criança e a necessidade de intervir em idades pré-escolares, isto é, dos 0 aos 6 anos de idade (Ribeiro & Cardoso, 2014).

O modelo DIR consiste num modelo intensivo de intervenção, com foco no desenvolvimento global da criança e com associação à abordagem *Floor-Time*, que permite a participação da família na intervenção. As técnicas utilizadas são facilmente implementadas em contexto pré-escolar, com o objetivo de proporcionar à criança um conhecimento de si mesmo como um ser individual e desenvolvimento das competências de comunicação ao nível da linguagem, das competências sociais e dos estímulos cognitivos. Este modelo permite ao terapeuta e à família reconhecer as características individuais da criança autista e

construir uma relação que lhes ajuda a “invadir” o seu mundo próprio, criando situações de interação que respeitam as rotinas diárias da criança (Ribeiro & Cardoso, 2014).

Segundo este modelo, um bom desenvolvimento da criança depende de uma capacidade de relação social com os outros, estabelecendo relações de confiança e proximidade física imprescindíveis para o desenvolvimento dos estímulos sensoriais. A procura do outro na sua autorregulação, a capacidade de encontrar soluções perante um problema e o comunicar com consciência da intenção do outro, resultam das competências sociais (Ribeiro & Cardoso, 2014).

A aquisição destas competências permite à criança incluir nas suas brincadeiras, estados emocionais, ideias e um pensamento lógico, que servem como base do seu processo de aprendizagens diárias. O desenvolvimento destas capacidades é influenciado pelo sentimento de proteção e de segurança que a criança percebe pela sua família e o respeito pela sua individualidade, face à descoberta do desconhecido (Ribeiro & Cardoso, 2014).

A abordagem *floor-time* é uma estratégia do modelo DIR que permite ao adulto organizar um esquema de brincadeiras com o objetivo de promover a evolução mental da criança, valorizando a interação e as emoções que resultam das brincadeiras no chão entre a criança e o adulto (Ribeiro & Cardoso, 2014).

Esta abordagem foi desenvolvida por Greenspan e é uma ferramenta utilizada por terapeutas ocupacionais, psicólogos e familiares com conhecimento do método. O objetivo específico desta técnica interventiva, assenta na construção de uma relação através do brincar, das aprendizagens e dos conhecimentos resultantes das interações diárias por meio de trocas automáticas entre criança/adulto. Ela procura de modo espontâneo entrar no mundo da criança, reforçar a sua confiança e iniciativa para que esta adquira prazer pela relação com os outros (Ribeiro & Cardoso, 2014).

Com os mesmos autores este método terapêutico consiste em cinco etapas:

- 1) Observar com o objetivo de criar um plano individual, adequado às necessidades da criança;
- 2) Promover interações de comunicação para a construção da relação criança/adulto;
- 3) Respeitar as escolhas e liderança da criança no decorrer das brincadeiras, o que permite ao adulto uma compreensão emocional e intelectual da criança;
- 4) Evoluir o nível de objetivos e promover oportunidades através de desafios que promovam um desenvolvimento da relação, comunicação e pensamento;
- 5) Capacitar a criança para uma comunicação eficaz.

Para uma eficaz aplicação terapêutica da abordagem *floor-time* é necessário ter em conta fatores como: altura do dia em que a criança está mais recetiva à relação e realização dos objetivos propostos de forma a tornar-se um prazer; o local deve transmitir segurança e estar ausente de interrupções; o tempo deve ser adequado à tarefa e todos os fatores devem promover um momento de experiências agradáveis. A capacidade dos pais como elementos ativos da abordagem também é uma mais-valia, uma vez que o tempo que estes passam com a criança é muito superior ao tempo de sessões. O recurso aos tratamentos em contexto familiar pode ser realizado ao longo do dia, recorrendo a jogos com música, brincadeiras no banho e tarefas do dia a dia (Ribeiro & Cardoso, 2014).

Parte II – Revisão da Literatura

Nesta segunda parte vamos abordar os temas teóricos pertinentes à discussão dos casos, tais como: a Teoria de Vinculação de Bowlby, a Importância do Brincar, para o desenvolvimento global da criança, o impacto dos Jogos na formação do indivíduo segundo Piaget. Descrevemos de uma forma breve os temas da Perturbação do Espetro do Autismo (PEA), o Mutismo Seletivo e a Abordagem Centrada na Família, por considerarmos que fundamentam a prática de estágio e a observação dos casos apresentados. Será também apresentado as classificações atuais indicadas nos manuais da saúde recomendados ao longo do percurso académico, que suportam os possíveis diagnósticos.

Teoria da vinculação com o contributo de Bowlby e Ainsworth

Bowlby formou-se em psiquiatria infantil e direcionou o seu interesse para o estudo da qualidade das interações afetivas nas famílias. Através de experiências precoces de separação, privação e perda vivenciadas por crianças, o autor observou o impacto no desenvolvimento psicossocial do indivíduo. Bowlby (conforme citado por Griebler, 2018) relaciona como marcos determinantes no desenvolvimento da personalidade e do desenvolvimento da criança, os fatores ambientais nos primeiros anos de vida, esta premissa resulta da observação do processo de construção de laços afetivos entre bebé-mãe, assim como, a quebra dos laços afetivos.

A teoria de Bowlby, influenciou vários estudos que rejeitam as explicações psicanalíticas, que se baseiam na satisfação das necessidades da criança como fator direto no bem-estar psicológico. Estes estudos observaram que as crianças com ausência da figura de vinculação, mesmo quando as necessidades alimentares foram satisfeitas apresentavam sinais de perturbações emocionais ou isolamento social (Ferreira, 2014).

Os contributos da Etologia fortaleceram a Teoria da Vinculação de Bowlby, através das investigações realizadas por Ainsworth e outros autores como, Lorenz, e o seu estudo realizado com patos e a investigação de Harlow, com macacos. Estas permitiram a Bowlby fundamentar a importância do contacto com a figura de vinculação nas variáveis, conforto e laços sociais, na conceptualização da teoria da vinculação (Ferreira, 2014)

Vieira, (2008) cita que as teorias de Bowlby levaram Ainsworth, uma psicóloga canadiana a realizar um estudo empírico em (Baltimore, 1977) conhecido como “Situação Estranha”, o estudo constituiu num conjunto de situações definidas com o objetivo de criar momentos de separação e reunião entre a criança e a figura de vinculação. O resultado observado consiste em padrões que demonstram diferentes reações comportamentais da

criança em resposta à figura de vinculação. Estes padrões de resposta da criança foram definidos pela autora como: Seguro, Seguro-evitante e Seguro-Ambivalente. Segundo a autora, as respostas comportamentais da criança resultam do comportamento da figura de vinculação aos pedidos de proteção e conforto solicitados pela criança. Este estudo tornou evidente a importância da variável segurança na interação entre criança e a Figura de Vinculação dando lugar a conceitos como Base Segura e Refúgio Seguro, essenciais na definição de Vinculação e Sistema Comportamental de Vinculação.

O conceito de Sistema Comportamental de Vinculação refere-se aos comportamentos de base biológica e que dizem respeito à sobrevivência do indivíduo, apresentados como comportamentos independentes e dirigidos de forma indiferenciada aos cuidadores. Posteriormente a criança demonstra comportamentos orientados para uma figura principal, resultante da sua percepção de garantia de satisfação das suas necessidades, proteção e segurança. Deste modo os comportamentos de vinculação entre a criança e a figura de vinculação representam uma importância na sobrevivência, adaptação e exploração do meio envolvente da criança (Vieira, 2008).

Para os autores Ainsworth & Bowlby, a percepção de uma ameaça sentida pela criança ativa o Sistema de Vinculação. O sistema de vinculação é ativado através da resposta regular aos pedidos da criança, uma vez que vão promover um sentimento de segurança e levá-la a referenciar a figura de vinculação. Uma relação de vinculação está assim centrada na regulação de segurança. O reforço ou a ativação dos Comportamentos de Vinculação está relacionado com o sentimento de ameaça que a criança percebe referentes ao seu bem-estar biológico, ambiental e à figura de vinculação. No que se refere à desativação do Comportamento de Vinculação, ela depende dos comportamentos disponíveis e de resposta que a figura de vinculação promove na criança, referente ao medo e a ansiedade (Vieira, 2008).

Então, Ferreira (2014) refere que o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo da criança lhe permite uma organização e interpretação dos acontecimentos à sua volta, promovendo uma relação de vinculação. Isto é, a aquisição da capacidade simbólica, desencadeia níveis internos de funcionamento da criança, que lhe permite tolerar momentos de separação, capacidade de se expressar emocionalmente e com impacto no seu comportamento.

A relação de vinculação baseia-se na ligação afetiva entre a criança e a figura de vinculação. Quando o sistema de vinculação está ativado a interação emocional é responsável pela qualidade da relação de vinculação, por esse motivo a teoria da vinculação destaca a

proximidade física e emocional da figura de vinculação nas respostas às necessidades de presença e segurança da criança. Consequentemente a figura de vinculação torna-se no conceito de Base Segura, segundo a teoria da vinculação. A definição de Base Segura consiste na observação de segurança que a presença da figura de vinculação promove na criança, permitindo-lhe explorar o que está à sua volta. Numa situação de perigo o comportamento de vinculação é ativado levando a criança a procurar a proximidade com a figura de vinculação, que segundo os autores é definido como Refúgio Seguro. Ao sentir segurança a criança regressa a explorar o ambiente à sua volta e a figura de vinculação é novamente entendida pela criança como Base Segura (Vieira, 2008).

As observações destes comportamentos de vinculação individuais podem ser organizadas à luz desta teoria em duas categorias, nomeadamente, Relação de Vinculação Segura e Relação de Vinculação Insegura. A vinculação insegura apresenta duas subcategorias: Relação Insegura-Evitante e a Relação Insegura-Ambivalente. A definição de segura ou insegura está relacionada com a compreensão da criança em relação à capacidade de resposta da figura de vinculação quando ela se sente em perigo. Esta compreensão vai influenciar a maneira como os seus comportamentos são delineados na interação com a figura de vinculação (Vieira, 2008).

A vinculação segura é caracterizada pelo comportamento exploratório do meio e necessidade de proximidade ou proteção quando a criança se sente ameaçada, como resposta por parte da figura de vinculação observa-se um comportamento de disponibilidade de respostas às necessidades da criança. Tais respostas por parte da figura de vinculação são interiorizadas pela criança com sentimento de confiança na figura de vinculação e torna-se um indivíduo confiante e seguro para explorar e interagir com o mundo. O padrão inseguro-evitante é definido por um comportamento de evitamento e de procura da figura de vinculação por parte da criança, resultado do comportamento de rejeição e ausência de respostas às necessidades da criança demonstrado pela figura de vinculação. Deste modo a criança direciona o seu interesse pela exploração e desvaloriza a presença da figura de vinculação e os seus cuidados (Vieira, 2008).

O padrão inseguro-ambivalente, a criança apresenta um comportamento de incerteza referente às respostas das suas necessidades pela figura de vinculação. Assume assim um comportamento de proximidade que alterna com resistência aos cuidados da figura de vinculação. O comportamento ambivalente da criança é fundamentado por respostas inconsistentes ao nível dos comportamentos da figura de vinculação para com a criança, estas crianças apresentam um estado de hiper vigilância pela presença da figura de vinculação,

limitando as suas competências exploratórias. como resultado global observado neste padrão, estas crianças apresentam um comportamento inseguro, com pouca confiança em si e nos outros (Vieira, 2008).

Podemos considerar que a relação de vinculação entre criança e figura de vinculação para além de se refletir no comportamento observado influencia o processo de aprendizagens.

Veríssimo *et. al.*, (2005) refere que os modelos internos dinâmicos, são influenciados pelas representações mentais que a criança percebe do mundo, do *self* e da relação entre estes. Tendo por base os fatores afetivos e cognitivos, o indivíduo organiza os acontecimentos em relação ao significado e tempo definindo o comportamento a adotar.

A Importância do Brincar no Desenvolvimento Infantil

O desenvolvimento infantil é o processo de aprendizagens de carácter cognitivo, motor, emocional e social, que acontece gradualmente segundo fases de referência ao longo do crescimento da criança, refletindo-se na capacidade de autonomia e formação como indivíduo único (Passos, A., 2019).

A criança como ser em desenvolvimento vai adaptando o brincar em função das suas competências para comunicar e se relacionar com o meio em que se encontra inserida. A adaptação das práticas sociais permite a tomada de consciência do mundo que a rodeia, o que torna o brincar numa atividade fundamental ao desenvolvimento. Deste modo tornou-se num princípio fundamental para o desenvolvimento, a importância do ato de brincar tanto em contexto familiar como educacional, uma vez que permite à criança adquirir a sua forma individual de se expressar, pensar e socializar com os pares (Crespo, 2016).

Para Vygotsky a brincadeira infantil tem um papel fundamental no processo de construção do indivíduo, que ultrapassa o desejo de satisfação de instintos infantis. Uma vez que através da brincadeira simbólica a criança adquire conhecimentos dos significados que representa, bem como lhe permite desenvolver a criatividade e imaginação (Crespo, 2016).

Os jogos e brincadeiras são uma influência fundamental no desenvolvimento infantil, permitindo à criança experienciar sentimentos, emoções, desenvolver a capacidade de imaginação através de brincadeira simbólica, assim como lidar e gerir conflitos e se autorregular quando brinca com outras crianças (Borges, A., 2021).

De acordo com Shirmann *et al.*, (2019) Piaget divide, numa perspetiva cognitiva, as fases da infância em quatro partes:

- 1) Fase sensório-motor (0-2 anos), caracterizada pelo contacto da criança com o exterior de forma gradual e resultante dos estímulos que recebe, esta toma consciência dos seus movimentos e objetos à sua volta.
- 2) Fase pré-operatório (2-7 anos), marcada pelo egocentrismo, as ações da criança assentam em exclusivo nos seus desejos, irritando-se facilmente quando contrariada devido às fracas referências para dialogar. O seu pensamento sobre os factos é muito concreto o que a leva a uma confusão sobre o real e o imaginário.
- 3) Fase operatório-concreto (8-12 anos), a criança evolui de um pensamento egocêntrico para um pensamento lógico. A tendência lúdica do pensamento dá lugar a uma atitude crítica e o egocentrismo diminui com a tomada de consciência dos outros indivíduos à sua volta, bem como a percepção que estes têm sentimentos diferentes dos seus.
- 4) Fase operatório-formal (a partir dos 12 anos), o adolescente demonstra um pensamento abstrato, ou seja, avalia a combinação de fatores. O seu julgamento e reflexão dos factos é baseado nas suas crenças sobre os meios onde está inserido. Deste processo resulta o desenvolvimento da personalidade e a formação da identidade como indivíduo único.

Os jogos na formação da criança por Jean Piaget

O brincar durante o desenvolvimento infantil, permite à criança explorar e aprender através da descoberta de novos conhecimentos, bem como a relacionar-se com os outros (Almeida & Alves, 2021).

A inteligência resulta do processo de assimilação, equilibração e acomodação. A ação promove uma interação com o objeto do conhecimento, que resulta na assimilação da ação e por sua vez a equilibração faz uma relação entre os conhecimentos existentes e os novos, por último a acomodação resulta da união dos conhecimentos existentes com os novos. Este processo de conhecimento é indivisível, repete-se nas interações como jogos, brincadeiras e autorregulação durante o desenvolvimento infantil, mantendo-se por toda a vida (Almeida & Alves, 2021).

Os jogos fazem parte do desenvolvimento infantil estando classificados em três tipos segundo Piaget, são eles: jogo de exercício, jogo simbólico e o jogo de regras, sendo cada um deles indicado para cada estágio (Almeida & Alves, 2021).

No primeiro estágio identificado como sensório-motor (0-2 anos), a criança antes de adquirir a fala, descobre o seu mundo através da ação e percepção que resulta do

manuseamento de objetos que estão ao seu redor. Neste processo de descoberta a criança evolui ao nível motor ao aprender a agarrar objetos, gatinhar, rolar e andar (Almeida & Alves, 2021).

No estágio pré-operatório (2-7 anos), há o desenvolvimento da linguagem, a criança reconhece a existência de um mundo exterior à sua volta. Nesta fase a criança brinca muito de faz de conta e por imitação, adquire a capacidade de relacionar um objeto através de outro. Também é neste estágio que se reconhece a existência de regras e moralidade (Almeida & Alves, 2021).

O terceiro estágio operatório concreto (7-12 anos) é a fase onde a criança dá intenção à ação, fator que facilita as novas aprendizagens. Consegue classificar objetos, animais, plantas, entre outros, segundo as respectivas classes (Almeida & Alves, 2021).

No último estágio, o operatório formal (início aos 12 anos) a criança reconhece que não precisa ver o objeto para aprender sobre ele. Esta fase perdura até à vida adulta e é aqui que esta adquire capacidade de hipóteses e equações numéricas (Almeida & Alves, 2021).

Piaget defende que os jogos podem ser agrupados em classes e acompanhar os estágios de desenvolvimento. Na fase sensorio motor encontra-se o jogo de exercícios uma vez que todas as ações da criança se transformam em brincadeira, com exceção às respostas ao medo, às dores ou à necessidade de se alimentar (Almeida & Alves, 2021).

O Almeida & Alves, (2021) define como “Prazer funcional” a manifestação intencional que acontece após a aquisição de conhecimento por parte da criança, por exemplo: quando a criança atira um brinquedo ao chão e o recebe de volta e o torna a atirar ao chão rindo para a pessoa em interação, estamos perante um jogo de prazer, uma vez que consiste na assimilação da ação pelo prazer manifestado por gargalhada ou sorriso.

O jogo simbólico surge no estágio pré-operatório, como resultado do progresso de inteligência, onde a criança brinca de faz de conta e imita vivências que reproduz com os objetos, por exemplo: dar banho a uma boneca ou usar uma caixa como carro. Por volta dos sete anos o simbolismo começa a diminuir e dá lugar à criatividade. Com a entrada na escola as representações são mais próximas da realidade tornando menos frequente brincadeiras imaginárias. A criança distancia-se do seu próprio mundo, passa a representar a realidade ao seu redor e a fazer parte de um meio social (Almeida & Alves, 2021).

Por último, o jogo de regras que o autor identifica como relacionado com os estágios operatório concreto e operatório formal, surge por volta dos sete anos. Estes jogos baseiam-se na introdução de regras descritas como um acordo entre os jogadores, o que torna o jogo numa socialização (Almeida & Alves, 2021).

Segundo Piaget, as idades de referência para cada classe de jogo não impedem que esta se mantenha na fase seguinte do desenvolvimento da criança, uma vez que as três classes promovem uma evolução mental que se reflete na construção da inteligência do indivíduo (Almeida & Alves 2021).

Em algumas crianças podem surgir situações em que o brincar, necessita de ser mais estimulado através de uma interação entre adultos e crianças, como por exemplo é o caso da PEA.

Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

O autismo foi identificado pelo psiquiatra infantil Leo Kanner (1894-1981), em 1943, ao observar onze crianças com comportamento atípico definido com as necessidades de solidão e uniformidade. Kanner influenciou fortemente a opinião médica na altura ao publicar um artigo em 1949, que defendia que a falta de afeto por parte da mãe estava relacionada com o comportamento da criança autista. As causas do autismo continuam a ser desconhecidas e a suscitar grande interesse na prática de estudos e pesquisas pelos especialistas da área (Alves *et. al.*, 2020).

Ao longo dos tempos tem sido necessário atualizar os princípios de diagnóstico, sendo os mais utilizados na atualidade, o Manual de Diagnóstico e de Estatística de Doenças mentais (DSM) da academia Americana de Psiquiatria, com a versão atual designada como DSM-5. E a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial De Saúde na recente versão CID-11, revista e publicada pela organização mundial da saúde em 2022 e com alterações na definição do Autismo.

Alves *et. al.*, (2020) num artigo recente apresenta a comparação dos critérios de diagnóstico da CID-10 com a recente publicação da CID-11. Na CID-10 a classificação de diagnóstico das perturbações globais do desenvolvimento era apresentada pelo código F84, na recente revisão e publicação da CID-11 as perturbações do desenvolvimento infantil, são agora definidos por perturbações do neurodesenvolvimento sob o código (6A00-6A06, *Neurodevelopmental disorders*). Englobando os critérios de significativas dificuldades em adquirir e executar funções, intelectuais, motoras, linguísticas e sociais ao longo do desenvolvimento humano. Nas perturbações do neurodesenvolvimento estão as perturbações do desenvolvimento intelectual, perturbações da fala e da linguagem, PEA, perturbações do desenvolvimento, da coordenação motora e os movimentos estereotipados. Na CID-11 algumas classificações referentes a perturbações do neurodesenvolvimento, anteriormente

classificadas na CID-10 sofreram alterações na sua definição, nomeadamente o autismo infantil e a síndrome de Asperger.

Observa-se então que a CID-11 classifica as perturbações do neurodesenvolvimento segundo critérios de avaliação referentes ao nível do desenvolvimento intelectual e linguagem funcional do indivíduo, o que se reflete numa maior abrangência no diagnóstico de PEA (Alves *et. al.*, 2020).

Soares (2023) apresenta a comparação da classificação das Perturbações Globais do Desenvolvimento entre a CID-10 e a CID-11 da seguinte forma: Classificação Internacional das Doenças CID-10

F84 – Perturbações globais do desenvolvimento (TGD), F84.0 Autismo infantil, F84.1 Autismo atípico, F84.2 Síndrome de Rett, F84.3 Outras Perturbações desintegrativas da infância, F84.4 Perturbação com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados, F84.5 Síndrome de Asperger, F84.8 Outras Perturbações globais do desenvolvimento e F84.9 Perturbações globais não especificados do desenvolvimento.

Na revisão realizada para a elaboração da CID-11 a classificação sofreu alterações significativas passando a ser classificada da seguinte forma: Classificação Internacional das Doenças CID-11

CID -11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade, Capítulo 6 - Perturbações mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento incluído no grupo - Distúrbios do neurodesenvolvimento e com o código- 6A02 - Perturbação do espectro do autismo com as seguintes subdivisões:

6A02.0 - Perturbação do espectro autista sem perturbação do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou nenhum da linguagem funcional;

6A02.1 -Perturbação do espectro autista com perturbação do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou nenhum da linguagem funcional;

6A02.2 - Perturbação do espectro autista sem Perturbação do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional prejudicada;

6A02.3 - Perturbação do espectro autista com Perturbação do desenvolvimento intelectual e linguagem funcional prejudicada;

6A02.4 - Perturbação do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;

6A02.5 -Perturbação do espectro autista com Perturbação do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional;

6A02.Y - Outra Perturbação do espectro do autismo especificado;

6A02.Z - Perturbação do espectro do autismo, não especificado.

A elaboração do diagnóstico deve ser efetuada por um neuropediatra ou psiquiatra com especialização em PEA e os sinais de alerta podem ser visíveis desde os primeiros meses, por o médico que acompanha a criança, assim como por os pais nas interações diárias. A criança autista apresenta comportamentos, habilidades e competências sociais que necessitam da compreensão e acompanhamento diferenciado das crianças típicas (Alves *et. al*, 2020).

A PEA define-se como um distúrbio do neurodesenvolvimento, frequentemente manifesta-se na primeira infância, com impacto nos domínios da comunicação, socialização e um comportamento restrito e repetitivo. Sendo a sua prevalência superior no sexo masculino (Alves *et. al*, 2020).

Os pais muitas vezes associam os comportamentos atípicos da criança à sua personalidade e acabam muitas vezes por adquirir um comportamento de evitamento intersocial, protegendo a criança de situações desconfortáveis. Esses comportamentos originam um forte impacto na relação conjugal e familiar e leva-os a um isolamento social. O acompanhamento de uma criança com PEA, implica um esforço redobrado dos seus cuidadores para promover competências ao nível da autonomia e da inclusão social, desde a infância até a idade adulta, sendo um peso acrescido enfrentar o preconceito que por vezes surge da sociedade e de familiares (Mapelli *et al*, 2018).

Deste modo é fundamental que a família, a escola e equipas técnicas de saúde tenham um real conhecimento do comportamento da criança. A fim de promover o desenvolvimento de habilidades e rotinas diárias, que lhe permita evoluir em todas as áreas do seu desenvolvimento, bem como empoderar a família com competências e esperança no futuro. A criança com diagnóstico ou suspeita precoce de PEA deve ser sempre considerada como portadora de capacidades para trabalhar o desenvolvimento das habilidades em atraso (Mapelli *et al*, 2018).

A sensibilidade pelos diferentes estímulos sensoriais pode influenciar o comportamento da criança, tornando-a mais agressiva ou menos cooperante.

A seletividade alimentar resulta da sensibilidade que o indivíduo com PEA demonstra, Rocha, (2022) refere que a seletividade alimentar se reflete em três aspetos tais como, apetite reduzido, resistência em comer e na recusa em explorar os alimentos. Estes três fatores podem promover carências nutricionais que em idade precoce vão influenciar de forma negativa o desenvolvimento da criança. Outro aspeto referido pelo autor é o comportamento da criança durante as refeições, sendo relevante uma boa orientação dos cuidadores para uma

adaptação do perfil sensorial da criança para minimizar os conflitos na hora das refeições. Sendo fundamental que os adultos à sua volta não estejam sempre a corrigir o seu comportamento, mas sim que expressem um reforço positivo nas conquistas do dia a dia, assim como respeito pelo tempo normalmente mais lento que a criança precisa para aprender e descobrir.

Com base na citação de Rocha, (2022), sugere-se que mais importante que um diagnóstico, importa que os profissionais e família da criança aceitem os défices que a criança possa apresentar nas áreas da socialização, da comunicação, do comportamento e do pensamento, com um objetivo de respeitar as necessidades específicas da criança como um ser único. Importa ainda referir que as crianças com PEA apresentam comportamentos de ansiedade, neste processo de estimulação que pode levar a manifestar outras perturbações como por exemplo o mutismo seletivo.

Mutismo seletivo

O mutismo seletivo foi descrito inicialmente como “afasia voluntária” em 1877, por Adolph Kussmaul, um médico alemão ao identificar em crianças a incapacidade de falar, embora estas já tivessem adquirido uma linguagem desenvolvida. Segundo o autor, o indivíduo apresenta uma incapacidade do uso da fala que não assenta em causas orgânicas, mas sim num bloqueio involuntário. Em 1897, Truper reforçou a teoria de Kussmaul ao considerar a “afasia voluntária” uma “inibição da fala” (Veiga, 2022).

Mais tarde, em 1934, Moritz Tramer um psiquiatra suíço identificou como uma perturbação a ação voluntária da inibição da linguagem como “mutismo eletivo”. Esta definição foi usada no DSM na versão DSM-III. Na publicação da versão seguinte do DSM-IV em 1994 a definição de “mutismo eletivo” foi alterada para “mutismo seletivo” com o objetivo de reforçar que a ausência de comunicação e da linguagem resulta de um sentimento de insegurança em relação ao meio. Em 2013 com a revisão e publicação da edição do DSM-5 o Mutismo Seletivo (MS) é incluído nas perturbações de ansiedade, devido a correlação demonstrada em vários estudos (Veiga, 2022).

A Organização mundial da saúde em 1992, integra o MS no grupo de perturbações do comportamento social, com características de seletividade (de origem emocional) da fala. A sua manifestação é predominante na primeira infância e os comportamentos de ansiedade, hipersensibilidade e negativismo, fazem parte dos critérios de diagnóstico. Alguns estudos defendem como possíveis causas, a disfunção familiar, problemas do neurodesenvolvimento, fobia social e comportamentos de oposição. Numa perspetiva etiológica o MS pode resultar

de um conjunto de fatores com características orgânicas e ambientais com impacto direto nas competências de socialização e da comunicação (Veiga, 2022).

Vários estudos classificam as causas do MS com influência em: herança genética; temperamento e interações familiares. A primeira refere-se à tendência genética evidenciada pelo histórico de problemas emocionais e de ansiedade. A Segunda causa estabelece relação com o isolamento social, timidez, demonstração excessiva de medo de apego e comportamento de negação. A última causa assenta na vinculação mãe e filho, refere-se a um comportamento de proteção excessiva ou de desinteresse por parte da mãe com o filho (Veiga, 2022).

Com a recente atualização da CID-11, as perturbações de ansiedade passaram a ser referidas como “perturbações de ansiedade e relacionadas com o medo” (tradução livre). Desta forma o MS deixou de ser um diagnóstico restrito das “perturbações emocionais e de comportamento com início usualmente na infância e na adolescência”.

Frequentemente manifestado na primeira infância, este critério de diagnóstico nesta última revisão da CID-11 deixa de ser restrito à infância e adolescência (Frota *et. al.*, 2022).

As primeiras evidências do MS surgem nos 4 ou 5 anos de idade, embora a confirmação do diagnóstico aconteça com a entrada da criança em contexto escolar entre os 3 e os 8 anos. Numa perspetiva dos investigadores da teoria comportamental, a recusa da criança em comunicar é observada como uma estratégia de controlar o ambiente onde se encontra, para os autores este comportamento é observado como adaptativo e não como patológico (Lucas, 2021).

As práticas utilizadas são extremamente importantes, bem como a necessidade de atualização dos programas de intervenção precoce.

Um diagnóstico precoce torna-se pertinente uma vez que pode levar a que o comportamento ansioso e medo dê lugar a uma fobia social, evitando assim o impacto negativo no desenvolvimento do indivíduo e nas suas interações sociais e funcionalidade.

Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) que permite uniformizar e padronizar a linguagem descritiva da saúde e dos estados relacionados com a mesma.

O CIF é representado por vários domínios divididos em dois grupos, nomeadamente, o primeiro, a componente da funcionalidade e da incapacidade e o segundo a componente dos fatores contextuais. A componente da funcionalidade que segundo esta classificação abrange

as funções do corpo, atividade e participação, relacionadas com os fatores ambientais onde o indivíduo está inserido. As áreas de atividade e participação englobam uma perspetiva da funcionalidade quer a nível individual como social. A componente dos fatores contextuais avalia o impacto que os fatores ambientais e pessoais representam para o indivíduo. Assim podemos resumir que a funcionalidade do indivíduo é influenciada pelas condições de saúde e dos fatores contextuais e refletida nas atividades e na participação deste (Aradas, 2019).

Parte III- Trabalho de Estágio

Objetivos

A realização do estágio acadêmico tem como objetivo promover ao aluno, uma experiência introdutória à prática profissional no terreno, com o objetivo de consolidar a formação teórica obtida ao longo de toda a formação. Para um bom desempenho e sucesso do estágio, foi necessário traçar objetivos gerais e específicos, com vista a alcançar os parâmetros estipulados pela universidade em conformidade com o local de estágio.

Objetivos gerais

O objetivo geral da experiência de estágio consistiu na preparação para a atividade profissional como futura Psicóloga Clínica e do Aconselhamento, avaliado em:

- Acompanhamento de casos reais, com a pertinência de apresentação de um caso para o relatório final em obtenção do grau de mestre em psicologia clínica e do aconselhamento;
- Aplicação de uma avaliação psicológica sob supervisão da orientadora de estágio;
- Participação em projetos, indicados pela instituição e se possível pelo próprio aluno, baseado nas necessidades da instituição e adequado a população alvo;
- Dar início às práticas de intervenção sob supervisão;
- Análise e discussão dos casos.

Objetivos Específicos

Para o cumprimento do objetivo geral, estabeleceu-se alguns objetivos específicos, que representam competências introdutórias necessárias para o exercício da função de psicólogo, tais como:

- Promover o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito das práticas de intervenção precoce na infância, nas vertentes teórica e prática, através de competências adquiridas em equipa multidisciplinar.
- Desenvolver competências relacionais, tanto com a população alvo quanto com os profissionais da instituição
- Desenvolver a capacidade de elaboração e planeamento dos processos de intervenção, de forma a atingir objetivos definidos no contexto do estágio
- Realizar acompanhamento psicológico
- Aplicação em contexto real de testes de avaliação psicológica

- Elaborar relatórios de avaliação psicológica
- Elaboração de entrevista (não estruturada) aos pais e encarregados de educação
- Conceder feedback, utilizando recursos adequados e cuidados

Atividade de Estágio

Ao longo dos nove meses que promoveram o estágio académico foram acompanhados sete casos, através de sessões semanais com a duração de 50 minutos por sessão. Foram elaborados projetos de Intervenção Individual Precoce (PIIP), como documento auxiliar no trabalho de objetivos nos vários contextos onde a criança está inserida, isto é, em contexto familiar, nas rotinas diárias da criança e em contexto escolar no JI.

O mês de outubro foi de observação das sessões, posteriormente até ao mês de julho teve início a participação nas atividades realizadas nas sessões com supervisão.

O horário foi repartido pelas manhãs de segunda a quinta-feira, sendo que nas quartas-feiras durante a tarde decorria as dinâmicas de grupo com cinco crianças durante uma hora. Todas as sextas-feiras efetuava-se uma reunião com todos os elementos da ELI, para discussão de casos, admissão e o encerramento dos pedidos de intervenção.

Importa referir que a observação foi uma prática utilizada ao longo do acompanhamento do caso clínico e da avaliação psicológica que são apresentados neste relatório. Observar as crianças no que diz respeito ao seu comportamento com os adultos ou os seus pares sem interferência profissional permite a recolha de informação essencial a uma reflexão e debate na prática de supervisão em contexto de estágio.

O método de observação é fundamental para um melhor conhecimento dos casos assim como na aquisição das competências profissionais.

As Reuniões multidisciplinares decorreram semanalmente com todos os elementos da ELI, nomeadamente, enfermeiros, psicólogos, terapeutas da fala, educadoras de ensino especial, assistente social e terapeuta ocupacional.

A multidisciplinariedade do grupo tornou a participação nestas reuniões numa aprendizagem enriquecedora e desafiante numa perspetiva de aprendizagem. No que diz respeito ao acompanhamento direto, a discussão dos casos sob várias perspetivas é uma mais valia na procura de respostas às necessidades da criança e da família.

Em janeiro decorreu as reuniões com as respetivas educadoras e crianças que frequentam o ensino, o objetivo é compreender se se observa evolução ou aquisição das competências propostas, ligadas ao desenvolvimento da criança em contexto escolar/cognitivo e social/relacional. No final do ano escolar em julho deu-se um segundo momento de reunião

com as educadoras com o objetivo de avaliar a necessidade da criança para um adiamento da escolaridade ou a necessidade de elaborar um pedido de docente de educação especial.

Foi promovida uma ação de informação direcionada às educadoras dos estabelecimentos de ensino pré-escolar da área geográfica correspondente à ELI, que acolheu o estágio.

“Pensar e Agir nas PEA”: teve como objetivo esclarecer e informar as educadoras que acompanham em sala crianças com PEA. Os pontos-chaves abordados para informar e esclarecer os profissionais de educação sobre a PEA foram:

1. Principais características;
2. Níveis de comprometimento;
3. Alterações neurológicas;
4. Estereotípias;
5. Comportamento;
6. Estratégias de autorregulação.

No que se refere a ferramentas de apoio, foi abordado o método de intervenção que consistiu na apresentação de vários modelos terapêuticos que os profissionais podem utilizar nas atividades em sala, nomeadamente o modelo DIR.

No fim da ação de informação, os profissionais tiraram dúvidas concretas sobre comportamentos a adotar na relação com crianças com PEA em grupo (sala) e com informação pertinente para a comunicação com a família da criança com necessidades especiais.

A participação das diversas atividades em IPI assenta em práticas gerais, nomeadamente:

- Proceder à observação e monitorização de casos reais, para relatório final um caso clínico e uma avaliação psicológica;
- Acompanhamentos semanais sob supervisão;
- Participação nos vários projetos implementados na instituição;
- Presença nas reuniões de equipa de análise e discussão de casos.

Estas atividades permitiram-me cumprir os seguintes objetivos específicos:

- Uma melhor interação com a criança, de forma a elaborar objetivos da intervenção;
- Analisar as necessidades da criança/família, de forma a escolher o método adequado à situação e ao desenvolvimento de atividades;
- Estabelecer metas atingíveis com participação da família e os critérios de avaliação;

- Proceder à avaliação individual da criança nos vários contextos por meio de observação;
- Efetuar a avaliação por meio de testes ou técnicas adequadas à situação que possam surgir ao longo do estágio;
- Adquirir capacidade de reflexão e discussão dos casos;
- Comunicar por relatório os resultados da intervenção e respectivas avaliações.

Instrumento de Avaliação Psicológica

Escalas de desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths

Para a elaboração da avaliação psicológica foram aplicadas as Escalas de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (EDMG). Este instrumento de avaliação auxilia no diagnóstico das perturbações do desenvolvimento no primeiro período de vida do indivíduo e avalia a sua evolução cognitiva. A autora defende que um diagnóstico e respetiva intervenção em idade precoce relativamente à condição mental da criança tem como objetivo evitar o agravamento e minimizar os déficits observados (Borges, P., *et. al.*, 2012).

As EDGM foram desenvolvidas por Ruth Griffiths para efetivar uma avaliação psicológica das crianças da população inglesa em 1954, sendo posteriormente adaptada à população portuguesa, entre outras. A avaliação compreende várias áreas do desenvolvimento e a cotação obtida permite observar as áreas mais fortes e as mais fragilizadas da criança. A primeira versão das EDMG destinava-se a crianças com idades compreendida entre os 0 e os 2 anos, mais tarde em 1970 a necessidade de uma avaliação contínua das competências cognitivas da criança levaram a autora a elaborar a revisão e ao posterior lançamento de uma 2ª versão da escala dos 0-2, bem como o lançamento de uma escala para as idades compreendidas entre os 2 e os 8 anos. A pertinência desta segunda escala prende-se com a possibilidade de acompanhar a criança desde a primeira infância até à idade pré-escolar com o mesmo instrumento de avaliação. Outro fator importante de referir é a subescala que avalia o raciocínio lógico na escala dos 2 aos 8 anos (Borges, P., *et. al.*, 2012).

O Instrumento de avaliação é apresentado numa mala, composto por peças que representam determinadas atividades que pretendem avaliar o desenvolvimento global da criança nas seguintes subescalas:

- A- Locomoção, avalia o desenvolvimento motor através do movimento de chutar e de saltar à corda.
- B- Pessoal/social, avalia o desenvolvimento das competências sociais;

C- Audição/ Linguagem, avalia o desenvolvimento das competências de comunicação e linguagem receptiva (o que compreende) e linguagem expressiva (repetição de frases e nomeação de objetos).

D- Coordenação olho/ mão, avalia o desenvolvimento da motricidade fina, destreza manual e competências Visuo-motoras através da prática de copiar uma figura.

E- Realização, avalia as competências Visuo-espaciais, o tempo e a precisão são fatores fundamentais a observar nos jogos de encaixe.

F- Raciocínio Prático (2-8 anos), avalia os conceitos matemáticos, questões morais e a organização de sequências.

O comportamento e o tempo de realização são os critérios a observar e registrar para a cotação final. O resultado obtido permite ao profissional concluir as áreas fortes e as áreas fragilizadas da criança em comparação com os valores de referência numa criança típica da mesma idade (Borges, P., *et, al.*, 2012).

As EDMG são um instrumento de análise qualitativa do desempenho da criança em cada subescala que representa, no entanto pela idade precoce em que são aplicados os resultados devem ser vistos como auxiliares de um diagnóstico e a criança deve ser entendida como um indivíduo único e em constante aprendizagem. Desta forma o objetivo fundamental do critério qualitativo deve servir de base para o plano de objetivos da intervenção a aplicar.

Casos Práticos

Neste capítulo será descrito um caso clínico com 28 horas de acompanhamento, que decorreu ao longo do estágio académico em contexto de domicílio, identificado como caso A. E o caso B refere-se a uma avaliação psicológica pedida pela educadora da escola ao SNIPI. Para a sua elaboração foi efetuada uma observação espontânea e provocada em contexto escolar, com a aplicação das EDMG em três sessões individuais. Por último é apresentado a discussão dos casos apresentados e uma conclusão.

As intervenções psicológicas apresentadas neste relatório tiveram por base o modelo de terapia familiar sistémica de Dunst, utilizado atualmente na prática de IPI.

Definida como uma metodologia reflexiva, observa as alterações que acontecem ao longo do processo de intervenção, com recurso a uma comunicação baseada numa relação de confiança entre os intervenientes que promove uma intervenção eficaz (Esteves, 2018).

As sessões do caso clínico A. foram realizadas num *setting* reservado da sala de estar da sua casa, com luz solar, ausente de interrupções e sonoramente isolado. A escolha do *setting* prendeu-se com a necessidade de realizar as sessões de acompanhamento num ambiente seguro e de confiança para a criança.

As sessões de avaliação psicológica referido no relatório como caso B, decorreram no J.I frequentado pela criança e as reuniões com os seus pais realizaram-se na sala de reuniões da escola. As sessões de aplicação do instrumento de avaliação psicológica foram no ginásio uma vez que representava um *setting* reservado, luminoso, de confiança para a criança e assegurava a confidencialidade do acompanhamento. Por questões éticas e deontológicas a confidencialidade dos pacientes fica assegurada pela substituição dos seus nomes por siglas, nomeadamente a letra A e B.

Caso clínico A.

A primeira sessão teve lugar em novembro de 2021. Nesta altura a criança recusa-se a estabelecer relação, com um comportamento de fuga e choro. A sua recusa em participar nas atividades em sala da ELI levou a que a intervenção ocorresse em contexto de domicílio, numa frequência semanal que durou por 27 sessões e com a duração de 60 minutos por sessão.

Identificação

A. é uma criança de sexo feminino, encontra-se na 1ª infância, frequenta o jardim de infância e é de nacionalidade portuguesa. Tem duas irmãs pré-adolescentes sendo a terceira

na sua fratria. A mãe imigrante, com 35 anos e encontra-se sem atividade profissional, o pai é militar da marinha com 50 anos e nacionalidade portuguesa.

Motivo do pedido

A referenciação foi feita pela educadora de infância, ao observar que A. apresenta grandes dificuldades na área de formação pessoal e social, nomeadamente na socialização e interação com os pares e adultos. Ao nível da fala e comunicação apresenta dificuldades graves e pouca capacidade de autonomia. Face ao exposto, foi solicitado uma consulta de neurologia pediatria, uma avaliação psicológica e elaborado o pedido de uma assistente operacional em sala de jardim de infância.

História Clínica

A. nasceu às 40 semanas de cesariana num hospital privado. Da gestação regista-se suspeitas de trissomia 21, resultante de valores de análises de rotina, que através de exame específico para despiste a suspeita foi excluída. Da história do desenvolvimento observa-se o início da marcha aos 21 meses e as primeiras palavras aos 24 meses. Ainda não atingiu o controle dos esfíncteres e apresenta seletividade alimentar. Para dormir procura frequentemente a cama da mãe. Ao nível da motricidade geral, apresenta alguma descoordenação, nomeadamente na corrida, a subir e descer escadas ou a uma cadeira. No âmbito da motricidade fina demonstra alguma destreza ao pegar no lápis fazendo a tríade. O tempo de concentração é reduzido alheando-se do contexto e refugiando-se em atividades que lhe dão prazer. Gosta de realizar jogos de encaixe. A sua capacidade de expressão e compreensão verbal encontram-se a um nível bastante inferior ao esperado para a sua idade o que reflete uma dificuldade em manifestar as suas necessidades ou desejos através de palavras ou gestos.

Relativamente aos antecedentes familiares, foi informado que a sua irmã mais velha começou a falar aos 30 meses e o pai também começou a falar já tarde. O médico especialista em neurologia pediatria referiu que A. apresenta uma perturbação grave na linguagem e um atraso no desenvolvimento global, solicitando uma avaliação psicológica para despiste de diagnóstico. Apresenta um sentimento rígido quanto ao perfeccionismo ou resultado segundo uma determinada expectativa que criou e quando não o atinge o seu comportamento é de frustração traduzindo-se num choro intenso, fecha os olhos, afasta-se dos objetos e das pessoas à sua volta. Não demonstra perceção pela interiorização de regras, estando as suas ações centradas em si mesmo e nos seus interesses. Apresenta uma autonomia reduzida para a sua idade, não atingiu o controle dos esfíncteres e demonstra uma seletividade alimentar ao

nível de texturas e gosto pelos alimentos, precisa da presença e estímulo do adulto nas rotinas diárias.

A. vive com os pais e duas irmãs mais velhas, atualmente a mãe não exerce atividade profissional, o pai por questões profissionais ausenta-se por períodos de 3 meses. São pais participativos e colaboradores no desenvolvimento e no processo de intervenção precoce da A. O seu início na educação pré-escolar deu-se em setembro de 2019.

Intervenção

Síntese das sessões

Em IPI a avaliação e elaboração dos objetivos a atingir é feita através de uma reunião com os pais, onde se discute as preocupações destes. Com base nas preocupações e na observação da A. nos meses de estágio foi elaborado um PIIP assente nas potencialidades e respetivas fragilidades que fundamentam os objetivos a aplicar nas dinâmicas das sessões semanais.

Dados Observados entre outubro 2021 e janeiro 2022

A família de A. encontra-se acompanhada pela intervenção precoce, desde outubro de 2019, vindo o pedido inicial por atraso do seu desenvolvimento. Ainda que se observassem evoluções, no início do ano letivo (2021/2022) deu-se uma regressão no seu comportamento e uma baixa adesão à comunicação.

Desde setembro de 2021 a A. apresenta uma recusa profunda na comunicação com todos os estranhos à sua família, seja adulto ou crianças, negando-se a estabelecer contato visual, conseguindo manter-se de olhos fechados por várias horas. Verbaliza várias vezes que tem medo, não conseguindo explicar mais sobre o assunto. Durante o tempo que frequentam o J.I está de olhos fechados, numa escolha rígida de comportamento adaptado, não participa de forma livre nas atividades da sala e do recreio. Quanto à socialização observamos uma aceitação do grupo e dos adultos, no entanto a compreensão empática e procura pela interação com os pares não acontece.

Dados Observados de março a julho 2022

No final de março A. apresenta um comportamento mais curioso e participativo nas dinâmicas das sessões e resolve receber-nos com os olhos abertos. Outro fator relevante observado ao longo das sessões era um sentimento de recusa de aceitar o seu crescimento, procurando sempre colocar-se nas brincadeiras simbólicas como o elemento dependente

representado muitas vezes pelo bebê. Foi colocado como objetivo na IPI e em rotinas familiares situações que permitissem à A. observar o seu crescimento através da visualização de álbuns de família e nas sessões as brincadeiras permitiam representar o desenvolvimento humano, desde o bebê até à idade adulta e as respectivas vantagens do crescimento ao nível cognitivo.

Pontos de fragilidade observados

Em situações de grande grupo, apresenta dificuldade em adequar o seu comportamento às situações, afastando-se e explorando a sala a seu prazer. O contato físico e a proximidade com o adulto são um fator facilitador para permanecer mais tempo junto do grupo. Também se verifica muitas vezes o alheamento das circunstâncias, fechando os olhos e aninhando-se ao colo do adulto. Apresenta muita dificuldade de autorregulação, necessita do contacto físico prolongado do adulto para acalmar. Apresenta uma fraca interação com os pares, verificando-se esporadicamente no exterior que corre atrás de um amigo para o apanhar, em contexto de sala aceita as peças que um colega lhe dá para integrar na construção de torres.

Nas sessões em domicílio A. demonstra contentamento por nos receber e embora não abra os olhos, estabelece uma relação de contacto físico, um interesse pelas dinâmicas apresentadas de forma breve adaptando comportamentos de fuga. Este comportamento foi observado de novembro até abril com um intervalo do mês de dezembro e a primeira semana de janeiro por motivos de férias. Em maio A. finalmente participa das sessões com os olhos abertos e embora não estabeleça contacto visual, demonstra curiosidade e interesse pelos brinquedos e pela relação através do brincar. Embora as dinâmicas em domicílio já aconteçam de olhos abertos, no jardim de infância (J I) A. não abre os olhos na interação. Por fim, a duas semanas de terminar o ano letivo no J I, A. abre os olhos e demonstra interesse por atividades em sala de aula que teriam contribuído para o seu desenvolvimento cognitivo e relacional.

A escolha da A. em abrir os olhos permitiu-nos observar ao nível do seu comportamento os seguintes pontos fortes:

- Mais prazer pelo brincar, capacidade de se manter interessada pela brincadeira por tempo adequado, conseguindo expressar a vontade de explorar outros brinquedos;
- Gosto pelas competências de referência a uma criança da sua idade, nomeadamente pintura e desenho;

- Relaxamento corporal com impacto no seu estado de humor e gosto por se relacionar;
- Interesse por explorar ambientes exteriores, como praia e jardins.

Embora fosse evidente uma evolução na capacidade de relação com os adultos à sua volta A. ainda apresenta fragilidades ao nível da:

- Dificuldade de lidar com a frustração relacionada com a sua expectativa de realização;
- Incapacidade de controle dos esfíncteres bem como recusa em aceitar qualquer abordagem a aceitar o bacio;
- Seletividade alimentar

Discussão clínica caso A.

A discussão clínica do caso é suportada pela informação recolhida em momentos de observação espontânea e provocada. A sua fundamentação terá por base a classificação internacional das doenças presente no DSM-5 e da CID-11. A pertinência do acompanhamento do caso em supramencionado, prende-se com a necessidade de rastrear precocemente os deficits do desenvolvimento e conseqüentemente elaborar a intervenção necessária o mais cedo possível.

A publicação da última atualização do DSM5 e recentemente a revisão e publicação da CID-11 eliminaram a definição de perturbação global do desenvolvimento, e as perturbações do desenvolvimento infantil, são agora definidos por perturbações do neurodesenvolvimento sob o código (6A00-6A06, *Neurodevelopmental disorders*). Englobando critérios de dificuldades consideráveis na aquisição e na execução de funções, intelectuais, motoras, linguísticas e sociais ao longo do decorrer do desenvolvimento (Alves *et. al*, 2020). Ainda segundo o autor as perturbações do neurodesenvolvimento estão definidas com o conceito de PEA e não detêm diferentes categorias de diagnóstico, esta é, no entanto, definido por especificadores do espectro com relação ao grau de dependência do indivíduo por terceiros relacionado com as atividades de vida diária. Outro fator importante é a especificação do nível de gravidade, apresentado em quatro níveis, nomeadamente, ligeiro, moderado, grave e profundo. Este critério é definido segundo o funcionamento e comportamento adaptativo e do grau de funcionalidade do indivíduo.

Na perspetiva psicossocial o comportamento de A. caracteriza-se por rejeição através do encerramento dos olhos, de choro ou de adormecimento, perante todas as pessoas participantes da sua rotina diária ou semanal, à exceção do seu núcleo familiar direto. Este comportamento interfere na participação e autonomia na execução de atividades ou na relação com os outros. Registou-se um agravamento das manifestações sensoriais, nomeadamente aos sons, luzes e movimento em geral, com maior intensidade e reatividade. No entanto A. demonstrou uma aceitação do toque e da música como promotores da relação, ainda que por períodos curtos.

Numa forma mais sucinta de reflexão do caso apresentado, podemos sugerir a hipótese de diagnóstico fundamentada em fatores de predisposição como biológicos, fazendo referência ao facto do seu desenvolvimento global se encontrar abaixo do esperado para as crianças da sua idade. Os fatores precipitantes podemos considerar que o nível de imaturidade aliado a um confinamento social desenvolveu uma sintomatologia ansiosa, manifestada pela recusa em manter contacto visual e relacional com os pares e adultos. Como fator de perpetuação do comportamento atípico podemos considerar o agravamento sensorial observado com o levantamento das restrições pós COVID-19. Por último como fatores de proteção temos o papel dos pais como cooperantes e participativos no processo de intervenção precoce. Assim como o *setting* da intervenção ter decorrido em contexto de domicílio permitindo a A. um sentimento de segurança, uma adaptação baseada no seu ritmo e necessidade de se reajustar ao mundo que a rodeia.

Reflexão do caso A.

O processo de acompanhamento psicológico resultou da relação terapêutica estabelecida, que devido ao comportamento atípico de A. exigiu um cuidado especial. Esta dificuldade foi superada na medida em que ao longo das sessões, a escolha da A. em estar de olhos fechados foi aceite no decorrer da intervenção. A seleção de materiais lúdicos a utilizar semanalmente eram um desafio à criatividade e com objetivo de despertar a sua curiosidade ao ponto de A. abrir os olhos. Este objetivo foi alcançado.

Após a escolha de A. em abrir os olhos as dinâmicas e a interação foram facilitadas permitindo trabalhar os objetivos propostos no PIIP. Teria sido importante trabalhar os objetivos específicos das áreas fragilizadas sem esta interrupção, uma vez que a idade limite para acompanhamento em IP termina aos 6 anos.

Como estagiária, o caso da A. foi extremamente desafiante no que se refere às competências necessárias ao longo do acompanhamento, uma vez que foi possível observar a

alteração do comportamento inicial e construir uma relação terapêutica com resultados positivos e com impacto direto no dia a dia da A.

Avaliação psicológica

O segundo caso consistiu numa avaliação psicológica de um menino de quatro anos.

Caso clínico B.

A observação e acompanhamento do B. foi sempre em contexto escolar. Inicialmente foi agendado uma reunião com participação dos pais, educadora, psicóloga e a estagiária em psicologia, o objetivo era avaliar os fatores que representavam preocupação para a educadora. Ficou definido que o acompanhamento seria efetuado pela estagiária em supervisão, e, as semanas seguintes seriam para observar o B. em sala de JI. O objetivo seria estabelecer relação com a criança e a recolha de dados, para tal, realizou-se observação às terças-feiras durante uma hora. Foi efetuada então a avaliação psicológica dividida em três sessões. No fim foi elaborado um relatório entregue aos pais e à educadora.

Identificação

B. é um menino de nacionalidade portuguesa, com 3 anos de idade, com sorriso fácil, meigo e vontade de agradar. É curioso, gosta de explorar os brinquedos e o ambiente assim como muito interessado por atividades ao ar livre, frequentam o JI desde os 12 meses. Vive com os pais e uma irmã de 6 anos, tem uma irmã já adulta da parte de mãe que já não vive com ele. A mãe tem 41 anos, trabalha em serviço de limpezas, o pai tem 31 anos e é funcionário público.

Motivo do pedido

O pedido de referência veio da educadora de infância, prende-se com as dificuldades observadas pela educadora apresentadas por B. na aquisição de novas palavras e na compreensão de pedidos simples em contexto de sala. A criança ainda apresenta dificuldade de se relacionar com os pares. Todos estes fatores levaram a educadora a expressar a sua preocupação e a pedir ajuda da IPI.

A resposta da ELI consistiu no acompanhamento de B. através de observação semanal em sala de JI e uma avaliação psicológica.

História clínica

O B. nasceu de parto normal com fim de tempo, no último trimestre da gravidez a mãe tomou por prescrição médica antidepressivos devido ao falecimento de um familiar. Atualmente B. ainda procura a mama e dorme com os pais e irmã na mesma cama.

É seguido a nível clínico pelo médico de família nas consultas de acompanhamento do desenvolvimento. Apresenta frequentemente quadros de bronquite e infeções respiratórias.

Foi recomendado pelo médico de família um audiograma para despiste de problemas auditivos e uma avaliação com terapeuta da fala.

O B. é acompanhado pela ELI desde março de 2022, com os critérios de atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida, com dificuldades de compreensão e aquisição de novo vocabulário nas atividades de sala. Com recurso a observação espontânea e provocada em sala do JI, regista-se que a criança demonstra bastante facilidade de aprendizagem quando não estão envolvidos conteúdos verbais, no que diz respeito a situações práticas do dia a dia ou do seu interesse, revelando uma capacidade de observar e executar rápida e segura. No entanto, nas aprendizagens de processamento auditivo a criança apresenta dificuldade em compreender, reter e reproduzir.

Ao nível da autonomia, não se observa a existência de seletividade alimentar, apresenta controlo dos esfíncteres e as competências de autonomia e funcionalidade adequadas a jardim de infância. Nas competências relacionais, observa-se uma facilidade de estabelecer relação com os adultos, mas na interação com os pares não demonstra interesse por se relacionar ou se afirmar numa disputa por um brinquedo.

Com base na aplicação das EDMG as competências ao nível de grafismo demonstram a capacidade de reproduzir figuras muito simples por imitação, no entanto, em desenho livre não se consegue estruturar. Nesta área a criança ainda não iniciou o processo de formação do pensamento simbólico, apresenta dificuldade na execução do desenho da figura humana, fazendo círculos sobrepostos, com pouca intencionalidade. A linguagem é a área mais preocupante e está correlacionada com a dificuldade observada na área do raciocínio prático. B. apresenta um vocabulário reduzido, com menos de 10 palavras onde metade são impercetíveis. Demonstra dificuldade em compreender os pedidos, o que reflete uma observação dos níveis de desenvolvimento nestas duas áreas abaixo dos valores esperados para a idade.

Como resultados mais pertinentes da avaliação e observação de B. podemos salientar a oposição entre a facilidade nas áreas de realização, como sendo uma área com resultados

bastante desenvolvidos e a área de raciocínio prático, linguagem e comunicação áreas bastante comprometidas.

Síntese das sessões

A preocupação da educadora de JI, ao nível das competências cognitivas do B. justificaram o pedido de uma avaliação psicológica. Para tal, foi necessário reunir com os pais numa primeira sessão, através de uma entrevista não estruturada foram recolhidos os dados de anamnese e elaborado os pedidos de autorização para o acompanhamento do B. em IPI e da aplicação do instrumento de avaliação, EDMG. Nesta reunião foram também recolhidas as informações pertinentes para a elaboração do genograma familiar e do ecomapa que pretende facultar informações relativas ao suporte familiar referente aos vários sistemas onde está inserida. O genograma é representado pelos elementos da família direta de B. nomeadamente os pais, irmãos e avós paternos e maternos e as relações afetivas da família. Foi possível observar que é uma família com relações muito centradas no seu núcleo familiar central representado por B. os seus pais e a irmã mais nova. O ecomapa é elaborado através da recolha de informações fornecida pelos pais, referente ao suporte familiar nos vários sistemas onde a família está inserida. Estes sistemas representam o apoio familiar, apoio material e apoio informativo. Nas informações fornecidas pela mãe e recolhidas na reunião de autorização do acompanhamento em IPI, esta referiu não ter consciência de suporte exterior de qualquer nível, referenciando somente o marido e os filhos no sistema emocional.

Da observação do B. em momentos distintos, como, aula de música, atividades de tapete em sala e de brincadeira livre, registamos um comportamento reservado, com procura pela relação com o adulto, no entanto, a criança não promove uma interação com os pares nem disputa os brinquedos. A sua capacidade de comunicar intenções e de compreensão pelo que lhe é pedido é reduzida para a sua idade.

No que se refere a competências dentro dos parâmetros da sua idade, observa-se, o gosto por agradar, um sorriso fácil, curiosidade e capacidade de exploração dos brinquedos e do ambiente.

A aplicação do instrumento de avaliação foi repartida por três sessões uma vez que a capacidade de compreensão e interesse pelas tarefas pedidas era reduzida.

No final foi elaborado um relatório para entregar aos pais e complemento do PIIP.

Discussão Clínica Caso B

Como instrumento de avaliação do desenvolvimento do B. foi aplicado as EDMG, que avaliam seis áreas no que se refere às competências da criança ao nível:

Da locomoção; pessoal-social; audição e linguagem; coordenação olho e mão; realização e raciocínio prático.

No que diz respeito ao problema apresentado, considerou-se que o comportamento observado de B. levanta as seguintes hipóteses:

Os níveis abaixo dos valores de referência nas subescalas de audição e linguagem bem como do raciocínio prático justificam uma avaliação em terapia da fala. Assim como, o possível acompanhamento para minimizar o atraso das competências e facultar a promoção da aquisição dos objetivos pretendidos para uma criança da sua idade.

Esta sugestão fundamenta-se com os conhecimentos empíricos da neurociência sobre a importância da interação entre os fatores genéticos e as interações precoces, baseadas na definição de que o cérebro é um órgão complexo e com competências de adaptação e de aprendizagem.

Rodrigues, (2021) refere o processo designado como neuroplasticidade, que consiste na capacidade que o sistema nervoso tem de se modificar por meio da experiência, nos primeiros anos de vida, devido ao facto do cérebro possuir maior plasticidade para comportar uma variedade de interações. Contudo, ao longo do tempo o cérebro amadurece, o que lhe permite tornar-se mais eficaz em funções complexas, mas com menos capacidade de se reorganizar ou responder a desafios inesperados. Deste modo é relevante a elaboração de um PIIP que permita a B. desenvolver as capacidades cognitivas através de brincadeiras e interesse em comunicar.

As subescalas de avaliação das competências pessoal - social e de coordenação olho – mão, demonstram a necessidade de uma intervenção ao nível de organização emocional e de consciência do eu, assim como o desenvolvimento das competências relacionais através do brincar e da relação com os outros.

As investigações em ciências do desenvolvimento referem que a exposição da criança nos seus primeiros anos de vida a experiências sensoriais e a estímulos da linguagem, permitem uma conectividade neural com influência no neurodesenvolvimento do indivíduo. Atualmente reconhece-se a importância das primeiras interações do bebé com os seus cuidadores no que diz respeito ao impacto destas para o desenvolvimento emocional, intelectual e físico (Rodrigues,2021).

Segundo a teoria da vinculação, a relação de vinculação entre o B e a sua mãe enquadra-se na categoria insegura, sendo o padrão inseguro-ambivalente o que se enquadra no comportamento observado.

Para Bowlby citado por Maia *et.al.*, (2014), a existência de vínculos emocionais é demarcada por uma necessidade básica, que permite ao indivíduo conhecer o mundo, os outros e a si mesmo. A forma como a criança se define ao nível de merecedora do amor e da atenção, vão se refletir na busca pela relação de suporte às suas necessidades e da percepção que faz em relação aos outros como figuras responsivas e de proteção. É desta percepção de si e dos outros que a criança adquire a autoconfiança.

Segundo as premissas do autor o comportamento observado em J.I assenta numa dependência que B. demonstra pelo adulto, representada por uma procura de proximidade com a educadora, sem interesse em se relacionar com os pares ou entrar em conflito por brinquedos. A exploração pelo meio é reduzida, também assenta na necessidade de proximidade com o adulto demonstrando um comportamento de insegurança nele e nos outros. A sua fraca iniciativa em descobrir e se relacionar influencia o seu desenvolvimento cognitivo.

A relação de dependência que o B. apresenta pelo adulto facilita a prática da implementação de um acompanhamento baseado nas dinâmicas diárias da família que promovam uma relação de vinculação segura. Tendo por base o resultado da subescala da realização, que é bastante positivo, demonstrando a facilidade de aprendizagens em que não estejam envolvidos conteúdos verbais.

Reflexão Caso B

A realização da avaliação psicológica de B. foi assente numa relação de confiança construída por momentos de observação direta espontânea e provocada. Os comportamentos meigos e sorridentes de B. tornaram a construção da relação terapêutica fácil e agradável.

A principal dificuldade na realização da avaliação psicológica prendeu-se com a dificuldade em manter o B. interessado nas atividades propostas, bem como a sua capacidade de compreensão pelas tarefas pedidas. Como solução foi dividido por três sessões a aplicação da EDMG.

A pertinência da avaliação prendeu-se com a necessidade de proporcionar a B. um suporte do desenvolvimento ao nível das competências cognitivas numa idade pré-escolar. Por esse motivo foi proposto uma avaliação em terapia da fala e foi elaborado um PIIP que remete os objetivos a aplicar na IPI com o B. ao nível das suas competências mais fragilizadas.

Nomeadamente, o aumento do vocabulário, intenção comunicativa e relacional pelo brincar, organização emocional e consciência do eu.

O acompanhamento de B. permitiu observar que embora fosse evidente a construção de relação terapêutica com B. as dinâmicas nem sempre eram facilitadas devido à reduzida capacidade de atenção que a criança apresentava. Como aprendizagem futura na prática profissional, ficou a consciência que, uma avaliação precoce ao nível do desenvolvimento infantil pretende fornecer indicadores de pontos a fortalecer e não necessariamente a atribuição de um diagnóstico.

Parte IV- Conclusão

Com o término do estágio curricular e com a finalização deste relatório torna-se pertinente uma reflexão sobre os pontos fortes e algumas fragilidades sentidas ao longo deste percurso. Numa perspetiva global do estágio, considera-se que o facto de ter sido realizado num contexto multidisciplinar o tornou numa experiência enriquecedora, tanto ao nível de competências profissionais como competências pessoais. Uma vez que foi possível observar uma problemática com um impacto diversificado, quer seja na forma comportamental observada, como no impacto e necessidades de cada família em particular.

A integração na instituição e as atividades desenvolvidas tornaram-se uma prática agradável devido à supervisão profissional e à atitude de respeito pelo processo de aprendizagem por parte da psicóloga responsável pela orientação de estágio.

Foi uma experiência repleta de desafios que permitiram o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais na preparação para a prática profissional futura, assim como a tomada de consciência da necessidade de uma formação contínua ao longo do tempo.

O modelo teórico utilizado no estágio foi a abordagem centrada na família (ACF), as práticas em IPI assentam na prestação de recursos, estratégias e prestação de apoios às crianças com alterações no desenvolvimento e suas famílias, com o objetivo de promover e facilitar as competências fragilizadas com respeito ao desenvolvimento infantil. Semelhanças com a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), modelo teórico trabalhado ao longo da licenciatura, nomeadamente, a escuta e o respeito pela família, princípios que se baseiam na crença atualizante. No entanto, é importante realçar como principal diferença observada entre os dois modelos teóricos a atitude ativa do profissional na criação de oportunidades que vão permitir à família adquirir as competências e recursos necessários à sua atualização.

Como limitação de frequência do estágio, destaca-se o rescaldo do confinamento devido à pandemia de Covid-19, que se refletiu na dinâmica multidisciplinar da equipa, tornando as reuniões semanais em momentos não presenciais. Também por esse motivo a presença como estagiária foi negada em alguns JI, o que limitou os casos acompanhados.

De modo geral, o período de estágio proporcionou experiências enriquecedoras com as crianças, assim como, aprendizagens únicas a nível pessoal e no âmbito da psicologia. Aumentando assim a expectativa do futuro estágio profissional.

Referências

- Augusto, H. S. M. (2012). *Práticas atuais e ideias em intervenção precoce no Alentejo: percepções dos profissionais* [Doctoral dissertation, ISEC Lisboa - Instituto Superior de Educação e Ciências]. Repositório comum <http://hdl.handle.net/10400.26/9098>
- Almeida, V. S., & Alves, P. S. (2021). A contribuição dos jogos para o desenvolvimento infantil sob o prisma teórico de Piaget e Kishimoto. *Cadernos da FUCAMP*, 20(46). <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2451>.
- Alves, L. E., Monteiro, B. M. M., & Souza, J. C. (2020). Comparison of the classification of child development disorders using DSM-5, ICD-10 and ICD-11. *Research, Society and Development*, 9(10), e6579109058. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9058>
- Arroz, A. B. N. M. M. (2015). *Práticas de intervenção precoce na infância: Quem faz o quê, onde e como?* [Doctoral dissertation, ISPA - Instituto Universitário]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/4496>
- Araújo, S. C. F. D. C. B. (2022). *Intervenção e acompanhamento psicológico em contexto de clínica privada* [Doctoral dissertation, UAL-Lisboa]. Camões- Repositório institucional da Universidade Autónoma de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11144/5737>
- Aradas, A. C. M. D. S. D. C. (2019). *Abordagem baseada nas rotinas: percepção dos terapeutas da fala* [Doctoral dissertation, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/7708>
- Borges, A. C. L. (2021). *Descobrir o mundo: a brincadeira heurística e a exploração de materiais não estruturados na educação de infância* [Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/37672>
- Borges, P., Costa, I. A. D. M. P., Ferreira, C. T., Gil, I. M. C. L. C., Carvalhão, I., Fernandes, S., & Veríssimo, M. (2012). Escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths- Adaptação para a população portuguesa. *12. ° Colóquio Internacional de Psicologia e Educação: Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática*, 922-932. <http://hdl.handle.net/10400.12/1608>
- Cássia Ribeiro, L., & Cardoso, A. A. (2014). Abordagem Floortime no tratamento da criança autista: possibilidades de uso pelo terapeuta ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22(2). <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.060>
- Crespo, T. P. N. (2016). *A importância do Brincar para o desenvolvimento da criança* [Doctoral dissertation, IPP- Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/19042>

- EFPA, (2015). *European Federation of Psychologists Associations EuroPsy – Certificado Europeu de Psicologia: Regulamento da EFPA EuroPsy e apêndices*. EFPA, 1–66
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/europsych_regulamento.pdf
- Esteves, V. L. L. (2018). *Intervenção Precoce na Infância: da abordagem centrada na família às práticas* [Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Viseu]. ProQuest Dissertations Publishing, 2018. 29018480. <http://hdl.handle.net/10400.19/6068>
- Ferreira, P. S. D.O. (2014). *A relação entre a qualidade de vinculação e o desenvolvimento emocional de crianças em idade pré-escolar*. [Doctoral dissertation, ISPA - Instituto Universitário]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/3319>
- Frota, I. J., de Moura Fé, A. A. C., de Paula, F. T. M., de Moura, V. E. G. S., & de Moura Campos, E. (2022). *Transtornos de ansiedade: histórico, aspetos clínicos e classificações atuais*. *Journal of Health & Biological Sciences*, 10(1), 1-8.
<http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.3971.p1-8.2022>
- Gonçalves, I. D. C. D. S. (2019). *Colaboração da família na intervenção precoce: perspetivas de pais e de profissionais* [Doctoral dissertation, Universidade do Minho]. Repositório. <https://hdl.handle.net/1822/69029>
- Griebler, A. F. (2018). *A perceção materna do vínculo com o filho: um estudo comparativo exploratório*. [Doctoral dissertation, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Repositório institucional da universidade Fernando Pessoa.
<http://hdl.handle.net/10284/6974>
- Hannum, J. D. S. S., Miranda, F. J., Salvador, I. D. F., & Cruz, A. D. D. (2018). *Impacto do diagnóstico nas famílias de pessoas com Síndrome de Down: revisão da literatura*. *Pensando famílias*, 22(2), 121-136.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000200009
- Lourenço, N. S. Q. (2018). *Intervenção Precoce na Infância: atuação profissional dos Educadores de Infância sobre os riscos do desenvolvimento infantil* [Doctoral dissertation, Escola Superior de Educação Paula Frassinetti]. Repositório ESEPF.
<http://hdl.handle.net/20.500.11796/2582>
- Lucas, A. V. L., & Costa, N. M. L. da. (2021). *Mutismo seletivo: Considerações sobre o transtorno de recusa da fala*. *Research, Society and Development*, 10(7), e27510716316.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16316>

- Machado, I. (2021). *Como melhorar a colaboração e interação entre o educador de infância e a ELI no sentido de otimizar a intervenção precoce em crianças com atraso global de desenvolvimento* [Bachelor's thesis, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti]. Repositório ESEPF. <http://hdl.handle.net/20.500.11796/3136>
- Mapelli, L. D., Barbieri, M. C., Castro, G. V. D. Z. B., Bonelli, M. A., Wernet, M., & Dupas, G. (2018). *Child with autistic spectrum disorder: care from the family. Escola Anna Nery, 22*. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0116>
- Nunes, D. R., & Araújo, E. R. (2014). Autism: early childhood education as an intervention scenario. *Education Policy Analysis Archives, 22*, 1-14
<https://doi.org/10.14507/epaa.v22n84.2014>
- Passos, M. A. S. (2018). *Cuidados não traumáticos: gestão da emocionalidade da criança e do jovem nos processos de saúde-doença*. [Doctoral dissertation, ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.
<http://hdl.handle.net/10400.26/28338>
- Passos, A. P. D. (2019). *Integração de variáveis motoras, cognitivas, nutricionais, metabólicas e de influência epigenética relativas à Primeira Infância como uma ferramenta para investigação do Desenvolvimento Infantil*. [Doctoral Thesis, Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo]. Digital Library.
<https://doi.org/10.11606/T.41.2019.tde-27082019-092331>
- Pinto, A. I., Grande, C., Novais, I., de Almeida, I. C., Felgueiras, I., & Pimentel, J. S. (2009). *Intervenção e investigação em idades precoces: O legado de Joaquim Bairrão. Psicologia, 23(2)*, 21–42. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v23i2.325>
- Pego, C. M. D. S. M. (2014). *As percepções das famílias de crianças com Necessidades Especiais sobre os benefícios da Intervenção Precoce: Um estudo qualitativo com famílias de Braga* [Doctoral dissertation, Universidade do Minho]. Repositorium.
<https://hdl.handle.net/1822/38415>
- Queiroz, N. L. N. D., Maciel, D. A., & Branco, A. U. (2006). *Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. Paidéia (Ribeirão Preto), 16*, 169-179.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000200005>
- Rocha, M. de O., Evangelista, SHT, & Guerra, SB de J. (2022). Hábitos alimentares auxiliando no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, 11 (15)*, e115111536667. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.36667>

- Rodrigues, H. M. P. D. (2021). *A intervenção precoce na infância tem repercussões no desenvolvimento infantil? Estudo sobre o modelo de intervenção de uma ELI do SNIPI* [Unpublished Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Lisboa]. Escola Superior de Educação, Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/14492>
- Romudas, M. B. (2022). *Intervenção centrada na família: Olhar dos profissionais de uma equipa local de intervenção* [Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/39699>
- Soares, J. C. (2023). *Análise da organização da atenção ao autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais*. Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Repositório Digital. <http://monografias.fjp.mg.gov.br/handle/123456789/2964>
- Schirmann, J. K., Miranda, N. G., Gomes, V. F., & Zarth, E. L. F. (2019). Fases de desenvolvimento humano segundo Jean Piaget. *VI Congresso Nacional de Educação*. <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/60497>
- Tegethof, M. I. S. C. D. A. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. [Doctoral Thesis, Universidade do Porto]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/47>
- Veiga, M. C. (2022). *Mutismo seletivo infantil e intervenções psicoterápicas: uma revisão bibliográfica* [Doctoral dissertation, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUCSP. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/26332>
- Veríssimo, M., Monteiro, L. M. S., Vaughn, B. E., Santos, A. J., & Waters, H. S. (2005). Coordenação entre o modelo dinâmico interno da mãe e o comportamento de base segura dos seus filhos. *Análise Psicológica*, 85-95. PDES - Artigos em revistas nacionais. <http://hdl.handle.net/10400.12/176>
- Vieira, F. E. M. (2008). *Avaliação da representação das relações íntimas, comportamento diádico e percepção da vinculação: estudo exploratório* [Doctoral dissertation, Universidade do Minho]. Repositório. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19859/2/29459.pdf>

Anexos