

## DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES FILHOS DE TOXICODPENDENTES

RUI NEGRÃO  
PAULO SEABRA

**RESUMO:** Este artigo tem como objectivo, a reflexão sobre as dificuldades de aprendizagem em crianças e adolescentes filhos de toxicodpendentes. Os autores estabelecem uma relação significativa entre família de risco (elementos toxicodpendentes) e problemas no desenvolvimento das crianças e adolescentes, particularmente no que diz respeito às dificuldades de aprendizagem.

**Palavras-chave:** Família; Dificuldades de Aprendizagem; Toxicodpendentes.

**RÉSUMÉ:** L'objectif de cet article c'est la réflexion sur les difficultés d'apprentissage des enfants et adolescents fils de toxicomanes. Les auteurs établissent une relation significative entre la famille de risque (éléments toxicomanes) et problèmes dans le développement des enfants et adolescents en ce qui concerne, particulièrement, les difficultés de l'apprentissage.

**Mots-clés:** Famille; Difficultés dans l'apprentissage; Toxicomanes.

**ABSTRACT:** The main objective of this article is the reflection about learning disorders in children and adolescents sons of drug addicts. The authors establish the relationship between a risk family (drug addicts) and problems in children and adolescents development concerns learning disorders.

**Key Words:** Family, Learning disorders; Drug addicts.

## 1. INTRODUÇÃO

As Ciências Sociais e Humanas, sobretudo na segunda metade do século. XX (anos 50), têm destacado que as oportunidades de desenvolvimento de um sentido pessoal coerente (identidade) ficam seriamente comprometidas em famílias disfuncionais (Spitz, 1945; Bowlby, 1951).

A evolução da espécie humana teve e tem um cariz social. Será, porventura, no modo como cada um, designadamente quando é ainda bebé, se insere no seu padrão social (primordialmente na sua família) que se organiza, ou não, o seu sentido de coerência. Os estudos realizados com crianças que manifestam múltiplas vulnerabilidades têm contribuído, significativamente, para o nosso conhecimento sobre algumas das variáveis que influenciam o ciclo da adversidade, eminentemente individual e social. O conceito de risco social, identificado com a negligência e o abuso, aparece enquadrado pelos primeiros trabalhos da Psicologia sobre a importância das interações familiares nos primeiros tempos de vida da criança (Bowlby, 1951, 1958; Freud, 1965; Spitz, 1945; Winnicott, 1957).

A adversidade, num contexto de risco, fundamenta-se e explica-se em função do sentido de (in)coerência que cada criança constrói no decurso das suas experiências e das adaptações que consegue edificar. São os "mecanismos-tampões", mediados pelas circunstâncias de cada criança, que co-determinam o seu porvir. Segundo Schaffer (1999), podemos assumir que as experiências precoces poderão não ter um papel tão decisivo no porvir, no entanto mantém-se intacta a convicção de que algumas crianças não conseguem resolver na adolescência e na idade adulta, de forma cabal, os problemas de algum modo ligados às "cicatrices precoces".

O impacto dos estilos educativos dos pais no desenvolvimento da criança parece óbvio. Filhos educados em ambientes pautados pela agressividade e autoritarismo dos pais, para além de mais frequentemente agressivos face aos seus pares, apresentam maior propensão para desajustes emocionais e sociais, assim como níveis mais baixos de auto-conceito, assim como, início de consumos de substâncias psicoactivas. (Martin & Walters, 1982; Parish & Parish, 1983; Weiss & Schwarz, 1996).

Importa reconhecer que estas famílias de risco, também "famílias em risco", decorrem muitas vezes, elas próprias, de

um ciclo geracional pautado por adversidades. Muitas vezes são pais e mães provenientes de estruturas familiares já problemáticas e deficitárias do ponto de vista social e cultural (Alarcão, 2000; IDS, 2000). Os padrões de comunicação com a criança são pouco intelectualizados e pouco assentes numa linguagem rica e explícita, as expectativas sobre o desenvolvimento e escolarização da criança são reduzidas, o recurso a fontes de estimulação cognitiva com base no jogo e na interacção é escasso (Bernstein, 1975; Sim-Sim, 1997; Sroufe, Cooper & DeHart, 1996; Viana, 1998).

Este aspecto reporta-nos à "aprendizagem social" da criança, à imitação dos modelos e padrões comportamentais que formam o seu quotidiano em casa, e ao risco inerente quando tais modelos estão ausentes ou são de fraca qualidade educativa. A criança aprende por modelagem, imitando e interiorizando atitudes, valores e formas culturais de afecto e de pensamento que observa nos adultos que a acompanham (Bandura, 1973). Os pais ou outras figuras de vinculação são essenciais na mediatização que a criança faz dos estímulos, das condutas e dos seus contextos de vida. As crianças vão interiorizando a linguagem e a cultura, os processos cognitivos e os afectos, assim como as normas sociais e os valores, quando um adulto a ajuda a pensar e a perceber as situações. As experiências de aprendizagem mediatizada no seio da família modelam a linguagem, o pensamento e a cognição da criança (Fonseca, 1996, 2001; Vygotsky, 1988), favorecendo o desenvolvimento da sua auto-regulação e nível cognitivo, emocional e social.

Nos últimos anos o número de alunos com dificuldades de aprendizagem tem aumentado de forma muito significativa, sendo que, este número caracteriza uma parte muito significativa da população estudantil.

As escolas apresentam inúmeras dificuldades logísticas e de recursos humanos que lhes permitam trabalhar da forma mais adequada com estes alunos, assistindo-se a uma percentagem muito significativa de abandonos precoces da escolaridade obrigatória, por parte destes.

Segundo Correia (1997), as dificuldades de aprendizagem são consideradas como todo o conjunto de problemas de aprendizagem que grassam nas nossas escolas, são todo um conjunto de situações, de carácter permanente ou carácter não permanente, de risco educacional.

Este trabalho visa corroborar a perspectiva de que

determinadas vivências e estilos parentais, poderão influenciar de forma significativa as aprendizagens escolares, nomeadamente, de que os filhos dos toxicodependentes, porque são crianças muitas vezes de risco, pelas famílias de risco com quem coabitam, terão mais dificuldades de aprendizagem.

## 2. AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

Numa perspectiva geral as dificuldades de aprendizagem são desordens que interferem com a recepção, integração ou expressão de informação, caracterizando-se por uma discrepância acentuada entre o potencial do aluno e a sua realização pessoal e escolar.

Numa perspectiva educacional, as dificuldades de aprendizagem reflectem uma incapacidade para a aprendizagem da leitura, da escrita, ou do cálculo ou para a aquisição de aptidões sociais.

A terminologia de dificuldades de aprendizagem apareceu em 1962 com o fim de situar esta problemática num contexto educacional, tentando assim, retirar-lhe o estigma clínico que a caracterizava. Assim esta primeira definição efectuada por Kirk (1962), que acentuava claramente a distância da terminologia biológica, com ênfase dado à componente educacional.

Bateman (1965) efectua uma proposta de definição das dificuldades de aprendizagem, que se considera histórica, pois englobava três factores importantes: discrepância (a criança com dificuldades de aprendizagem é considerada como possuindo um potencial intelectual acima da sua realização escolar; irrelevância da disfunção do sistema nervoso central (para a determinação dos problemas educativos da criança); e exclusão) (as dificuldades de aprendizagem não eram devidas a deficiência mental, perturbação emocional, deficiência visual ou auditiva ou à privação cultural).

Estas duas definições viriam a ser dois marcos cruciais para as actuais definições das dificuldades de aprendizagem e das quais destacamos aquela que parece ser a mais aceite internacionalmente, e é a que figura na *Public Law 94-142*, hoje denominada *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA), que diz o seguinte: "Dificuldades de aprendizagem específica significa uma perturbação num ou mais dos

processos psicológicos básicos envolvidos na compreensão ou utilização da linguagem falada ou escrita, que pode manifestar-se por uma aptidão imperfeita de escutar, pensar, ler, escrever, soletrar, ou fazer cálculos matemáticos. O termo inclui condições como problemas perceptivos, lesão cerebral, dislexia e afasia de desenvolvimento. O termo não engloba as crianças que têm problemas de aprendizagem resultantes principalmente de deficiências visuais, auditivas ou motoras, de deficiência mental, de perturbação emocional ou de desvantagens ambientais, culturais ou económicas" (Federal register, 1997, p. 65083 – ver National Center for Learning Disabilities, 1997).

Existe uma grande discrepância quanto à etiologia das dificuldades de aprendizagem segundo alguns autores (Hallahan *et al.* (1999); Fonseca (1999), contudo a origem das mesmas encontra-se presumivelmente no sistema nervoso central, podendo contudo um conjunto diversificado de factores contribuir para tal.

Um primeiro factor a ter em conta será a hereditariedade que, como afirma Johnson (1988), parece ligar a família às dificuldades de aprendizagem. Há um outro conjunto de factores (pré ou perinatais) que podem vir a causar dificuldades de aprendizagem. Entre eles destacamos os excessos de radiação, o uso de álcool e drogas durante a gravidez, as insuficiências placentárias, a incompatibilidade Rh com a mãe (quando não tratada), o parto prolongado ou difícil, as hemorragias intra cranianas durante o nascimento ou anóxia.

No que diz respeito a factores pós-natais que podem causar dificuldades de aprendizagem, estão geralmente associados a traumatismos cranianos, a tumores ou derrames cerebrais, a mal nutrição, substâncias tóxicas e a negligência e abuso físico.

Importa referir que as investigações recentes sobre as dificuldades de aprendizagem, referem que as crianças portadoras das mesmas para além da falta de rendimento escolar, exibem problemas que os impedem de se ajustar adequadamente às solicitações do meio, nomeadamente do meio social.

Sabe-se por exemplo que as crianças com dificuldades de aprendizagem têm grandes dificuldades na relação com outras crianças e adultos. Bryant e Bryant (1978b), referem em relação às crianças com dificuldades de aprendizagem,

que os pais as consideram mais difíceis, os professores as preferem evitar e os colegas as acham pouco atraentes e não os procuram.

Bruininks (1978), nos seus estudos sobre alunos com dificuldades de aprendizagem, verificou que normalmente são impopulares entre os colegas e têm baixo auto-conceito. Têm também tendência em serem pouco precisos nos juízos que efectuam acerca do seu estatuto social.

Bryant (1977), demonstrou ainda que os alunos com dificuldades de aprendizagem têm, de um modo geral, dificuldades em compreenderem o significado da comunicação não verbal.

Chapman, Larsen e Parker (1979), mostraram que, na sala de aula, as crianças com dificuldades de aprendizagem recebem muito mais críticas e ameaças do que os restantes colegas. Magee e Newcomer (1978), concluíram que os alunos com dificuldades de aprendizagem têm capacidade de linguagem oral bastante inferior à das crianças da mesma idade. Estes estudos foram confirmados por Hammill, Brown, Larsen e Wiederholt (1981).

### 3. TOXICODPENDÊNCIA E DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

Muito pouco tem sido investigado no que diz respeito, às dificuldades de aprendizagem em crianças e adolescentes, expostas precocemente a consumos de substâncias psicoactivas numa fase pré-natal do seu desenvolvimento.

Considera-se no entanto com toda a clarividência, que padrões de transgeracionalidade de consumos de drogas ou álcool existem muito marcados em famílias de crianças com dificuldades de aprendizagem ou com baixas competências escolares.

Jackson, Henriksen, Dickinson e Levine (1997), referem que crianças com exposição precoce a tabaco e álcool apresentam menos competências académicas.

Num outro estudo, Kolar, Brown, Haetzen e Michaelson (1994), demonstraram que após entrevistarem 70 consumidores de substâncias psicoactivas, em tratamento com metadona, 64% das mães referem utilização de drogas durante a gravidez, 18% relata pelo menos uma detenção durante o período de infância de seus filhos, 34% refere ter recebido tratamento por perturbação do humor e 14%

chegaram a ser hospitalizados. De referir que 14% destas crianças foram dadas para adopção ou centros de acolhimento. 41% dos entrevistados reportam que os filhos apresentaram pelo menos uma retenção no seu percurso escolar, 30% suspensos da escola e 17% apresentam consumos de álcool ou drogas.

Coffin, Baroody, Schneider e O'Neill (2005), referem que evidências comportamentais e neuroanatômicas indicam que o cerebelo é particularmente vulnerável ao efeito tóxico da exposição prenatal ao álcool. O estudo sugere que crianças que na fase prenatal foram expostas ao consumo de álcool por parte das progenitoras, apresentam deficit semelhante às crianças com dislexia.

Corral, Holguin e Cadaveira (1999), num estudo realizado com crianças, constataram que crianças com um padrão de transgeracionalidade de alcoolismo, mas sem pai concretamente alcoólico, apresentam performances inferiores em áreas de realização cognitiva, do que numa população normativa.

Aronson e Hagberg (1998), num estudo com 24 crianças filhas de mães alcoólicas, referem que 6 destas 24 crianças frequentaram escolas de ensino especial e 11 tiveram apoios educativos escolares. Estas crianças apresentavam baixas competências a matemática, lógica, percepção visual e dificuldades de memória e atenção.

Shawwitz, Cohen e Shaywitz (1980), referem que crianças com dificuldades de aprendizagem revelam indicadores de exposição pré-natal ao álcool.

Estes estudos reportam para o papel relevante da influência das substâncias psicoactivas, no comprometimento do percurso académico das crianças que têm pais consumidores. Autti-Ramo, Fagerlund, Ervalahti, Loimu, Korkman e Hoyme (2003), referem que a maior parte das desarmonias comportamentais e cognitivas, em crianças filhas de mães alcoólicas, decorrem durante a gravidez, pois as mães mantinham um padrão de consumo de álcool.

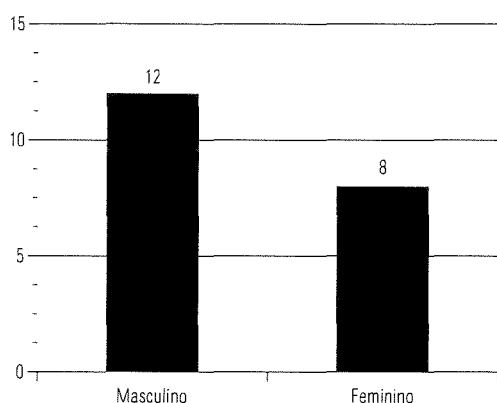
Burd, Cotsonas-Hassler, Martsof e Kerbeshian (2003), verificaram que crianças com síndrome de privação ao álcool, apresentam problemas de desenvolvimento, e tão vastos como: perturbação de hiperactividade, défice cognitivo, problemas ao nível do desenvolvimento da linguagem e epilepsia.

#### 3.1. Caracterização da Amostra

Corresponde a 20 crianças filhas de toxicodpendentes, de

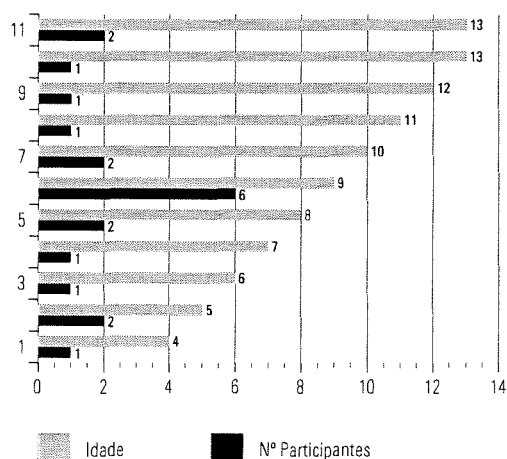
ambos os sexos (masculino e feminino). Os participantes no estudo, são participantes de conveniência.

Em relação aos participantes referidos, podemos verificar no **Gráfico 1**, o sexo dos mesmos, sendo que, a frequência do sexo para os participantes corresponde a 8 sujeitos do sexo feminino e 12 sujeitos do sexo masculino.



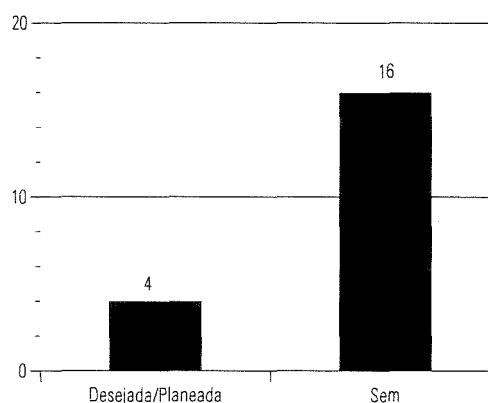
**Gráfico 1** – Histograma do sexo dos sujeitos participantes do estudo

Podemos verificar no **Gráfico 2** a frequência das idades dos participantes do estudo, sendo que, é a faixa etária dos 9 anos de idade que reúne maior número de participantes (6 crianças).



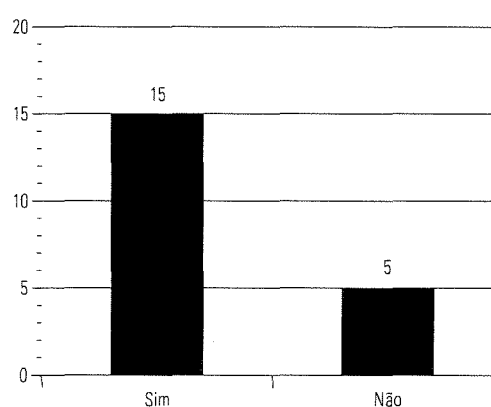
**Gráfico 2** – Histograma da frequência das idades

O **Gráfico 3** reporta-nos para a situação de planificação/ /desejo da gravidez *versus* o inverso, sendo que, verificando-se que a grande maioria das crianças nasceu



**Gráfico 3** – Histograma da frequência de gravidez desejada/planificada *versus* sem planificação/desejo

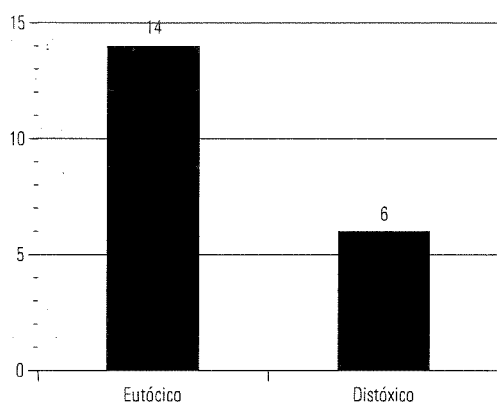
sem planificação/desejo, corroborando a perspectiva de que muitas das mães toxicod dependentes têm gravidezes muito pouco investidas, e só tardiamente reconhecidas, com poucas fantasia quanto à gravidez e à maternidade. No que diz respeito à assistência médica, o **Gráfico 4** demonstra que a maioria das mães recebeu assistência



**Gráfico 4** – Histograma da frequência de gravidez medicamente assistida

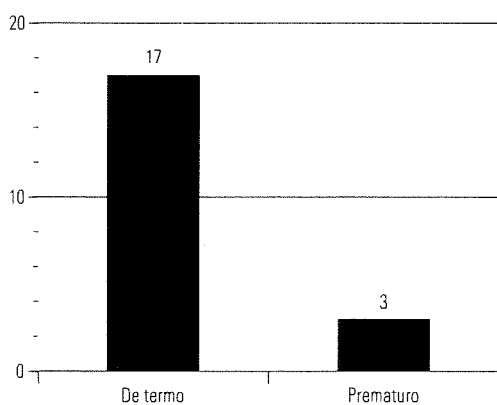
médica durante a sua gravidez (16), e que só um número reduzido de mães é que não se preocuparam com a assistência médica.

Podemos verificar no **Gráfico 5** que a maioria dos partos foram eutócicos (14).



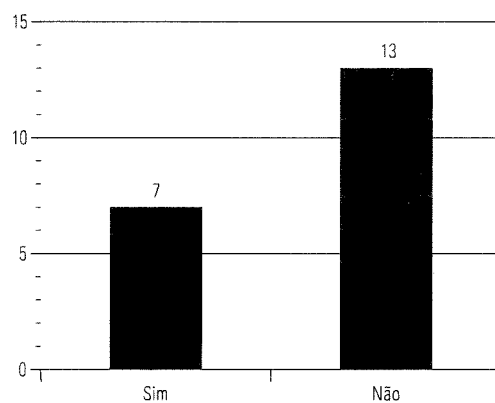
**Gráfico 5** – Histograma da frequência da situação do parto

O **Gráfico 6** corresponde ao termo do parto, verificando-se que apenas 3 crianças nasceram prematuras.



**Gráfico 6** – Histograma da frequência da tipologia de parto

O **Gráfico 7** corresponde a intercorrências após o parto, nomeadamente a possíveis situações de internamento após o parto, verificando-se que 7 crianças tiveram de ficar internadas, ou seja, 35% da amostra.



**Gráfico 7** – Histograma da frequência de intercorrências após o parto

O **quadro 1** refere-se à situação do internamento após o parto das crianças da amostra, verificando-se que tal se deveu a quadro de privação evidente e a situação de icterícia.

**Quadro 1** – Quadro de motivos do internamento

Privação	4
Icterícia	3

A maioria das mães refere ter amamentado com leite materno até aos 6 primeiros meses de vida (15) (**Gráfico 8**). No que diz respeito às competências desenvolvimentais, verifica-se no **quadro 2**, que em média a amostra adquiriu

**Quadro 2** – Quadro de competências desenvolvimentais

Controlo Postural	12
Controlo esfíncter anal	25
Controlo esfíncter vesical	24
Primeiras vocalizações	7
Controlo Linguagem	17
Comprimento	45
Peso	3124

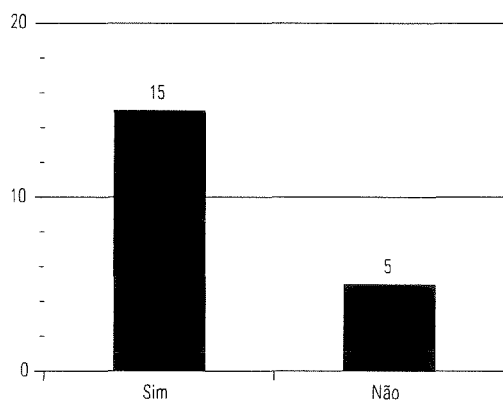


Gráfico 8 – Histograma da amamentação

o controlo postural aos 12 meses de idade, as primeiras vocalizações são descritas como aparecendo em médias aos 7 meses, o controlo da linguagem aos 17 meses, o controlo da higiene ao nível do esfíncter vesical 24 meses, esfíncter anal 25 meses.

O comprimento à nascença de 45 cm em média e o peso 3.124 Kg.

O **quadro 3** apresenta a coabitação da criança nos primeiros anos de vida, sendo que a maioria das crianças vivia com o seu pai e sua mãe (7).

Quadro 3 – Quadro da coabitação das crianças nos primeiros anos de vida

Mãe	3
Pais e Irmãos	2
Pais/Irmãos/Avós	1
Pai e Mãe	7
Pai	1
Avós	4
Mãe/Padrasto/Irmãos	1
Mãe e Irmãos	1

O **Gráfico 9** apresenta a coabitação actual da criança, verificando-se que a maioria das crianças do estudo vive com as mães (7) ou com ambos os pais (6).

O **Gráfico 10** refere-se à posição na fratria, verificando-se

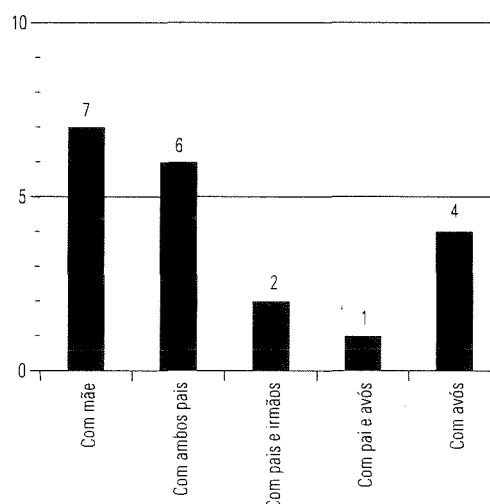


Gráfico 9 – Histograma da coabitação actual

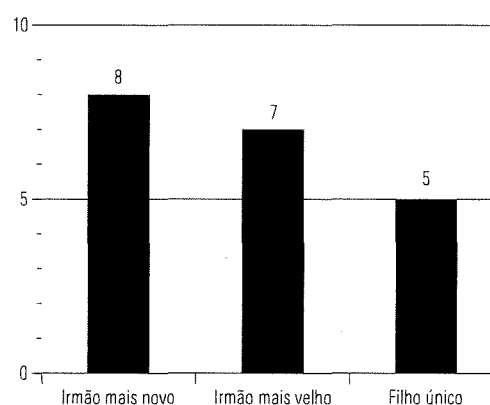


Gráfico 10 – Histograma da posição na fratria

valores de proximidade, sendo o valor mais alto, correspondendo a 8 crianças, que referem ser os irmãos mais novos.

Em relação aos progenitores das crianças do estudo, o **Gráfico 11** apresenta que o valor mais elevado corresponde à situação de separação (10).

Actualmente a maioria destas crianças ou vivem em casa

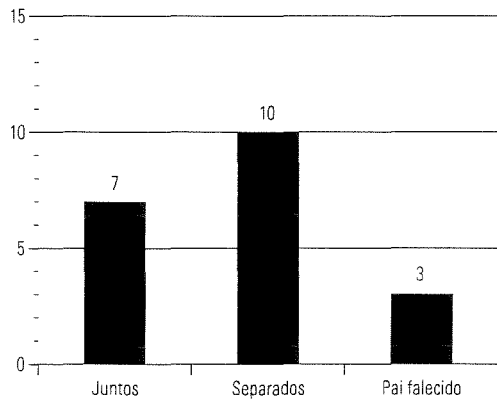


Gráfico 11 – Histograma da situação actual dos pais

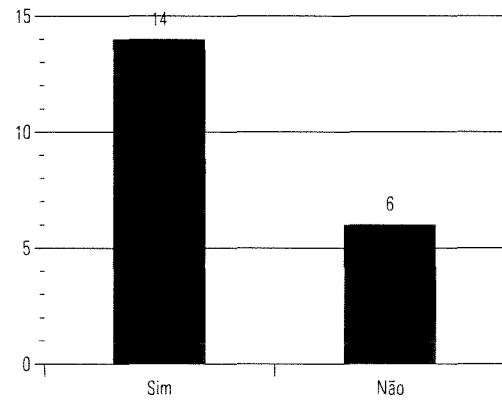


Gráfico 13 – Histograma de quarto próprio

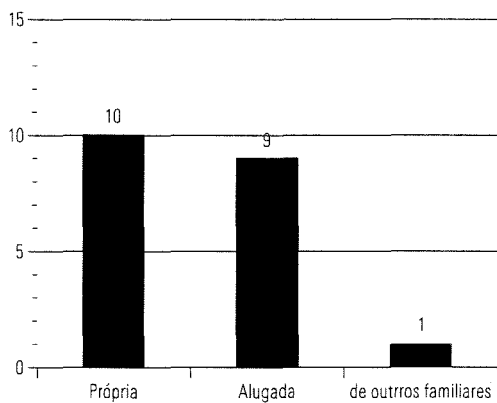


Gráfico 12 – Histograma da Residência

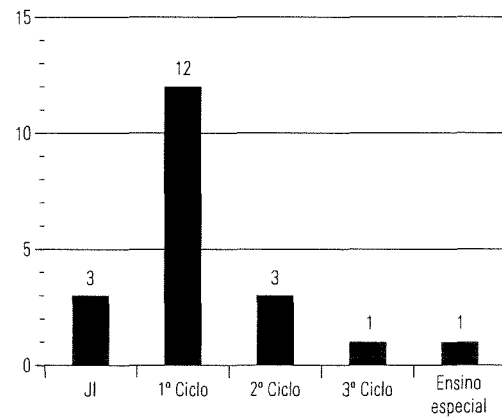


Gráfico 14 – Histograma de ano de escolaridade

própria ou alugada, conforme é apresentado no Gráfico 12. Na sua residência a maioria das crianças possui quarto próprio (14) (Gráfico 13).

No que se refere ao percurso escolar, e em relação à frequência de ensino, a maioria das crianças frequenta o 1º Ciclo de escolaridade (12) (Gráfico 14).

Em relação à adaptação à escola a maioria das crianças teve uma boa adaptação (17) (Gráfico 15).

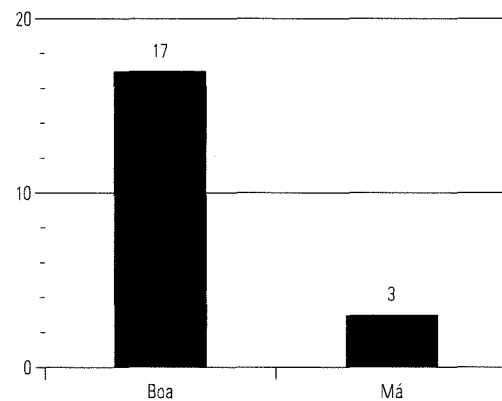


Gráfico 15 – Histograma de adaptação à escola

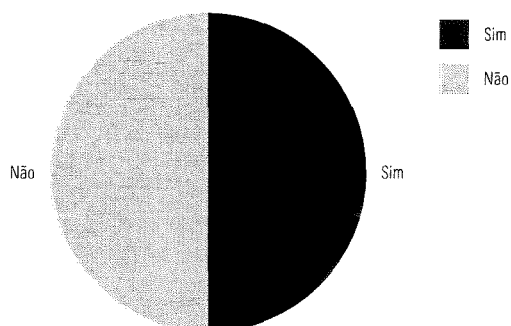


Gráfico 16 – Histograma do percurso escolar

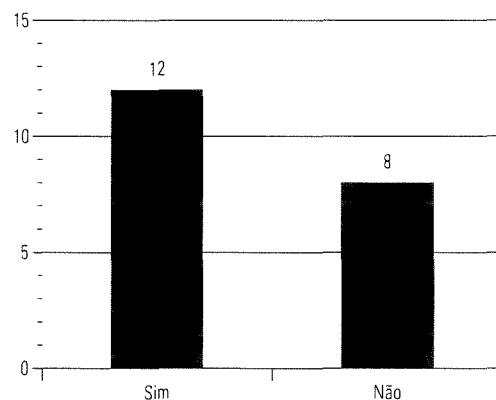


Gráfico 19 – Histograma de problemas de aprendizagem

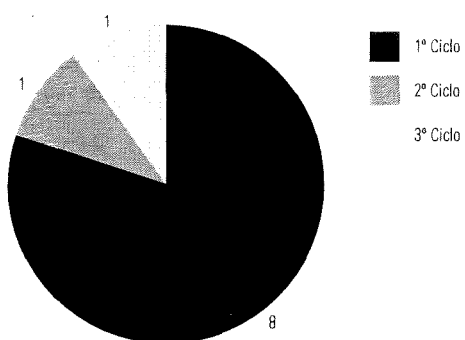


Gráfico 17 – Histograma de retenções referente a ano de escolaridade

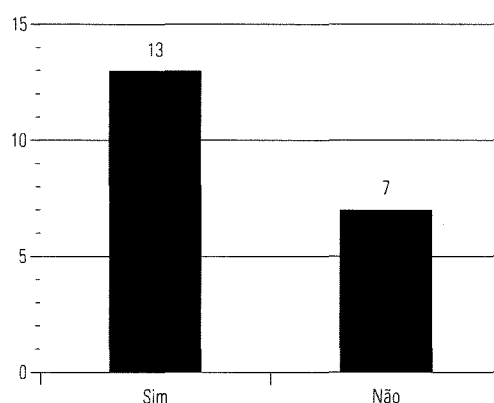


Gráfico 20 – Histograma de apoio educacional

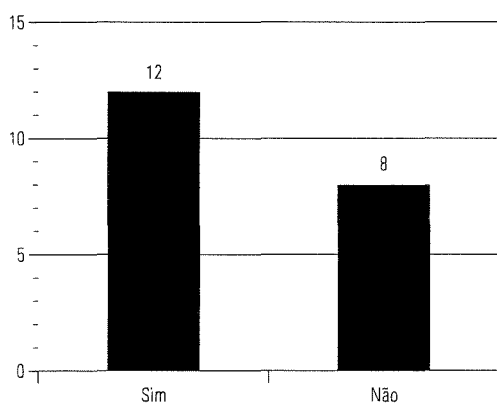


Gráfico 18 – Histograma de problemas na escola

No seu percurso escolar, 50% das crianças refere pelo menos uma retenção (Gráfico 16).

A maioria das retenções situa-se, conforme verificável no Gráfico 17, no 1º Ciclo de escolaridade (8).

O Gráfico 18, apresenta 12 crianças que referem ter problemas na escola.

Dos problemas referenciados a prevalência é claramente dirigida para as dificuldades de aprendizagem (Gráfico 19). Podemos verificar no Gráfico 20, que 13 das crianças da nossa amostra beneficiam de apoios educativos,

abrangidos pelo apoio do ensino especial, pelas dificuldades de aprendizagem manifestas.

O **quadro 4** reporta-se ao Concelho de residência das

**Quadro 4** – Quadro de Concelho de Residência

T. Vedras	14
Alenquer	1
Lourinhã	1
Mafra	1
Loures	2
Cadaval	1

crianças do nosso estudo, residindo a maioria, no Concelho de Torres Vedras (14).

#### 4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No estudo descritivo que efectuamos acerca das dificuldades de aprendizagem em crianças e adolescentes filhos de toxicodpendentes, com 20 participantes, tiramos algumas conclusões e que corroboram de alguma forma a parte teórica, que dá um enfoque crucial no papel dos progenitores toxicodpendentes, e da exposição pré-natal ao álcool e drogas, como indicadores de alterações futuras em termos do desenvolvimento das competências escolares.

Assim, verificámos na relação das várias variáveis demográficas, que as crianças em que as mães não tiveram uma gravidez desejada/planeada (16 alunos) e provavelmente pouco investida, existem 8 crianças com retenções, 11 crianças com problemas na escola, 11 apresentam dificuldades de aprendizagem e 8 têm os pais separados.

As crianças em que as mães tiveram um parto distócico, 3 apresentam retenções e beneficiam de apoios pedagógicos acrescidos e das 3 crianças que tiveram um nascimento prematuro todas já tiveram retenções.

As crianças em que as mães ficaram internadas após o nascimento, 6 não foram gravidezes que fossem planeadas/desejadas, 6 tiveram já retenções e 5 têm dificuldades de aprendizagem.

A separação dos pais também parece ser um indicador importante, pois 7 crianças que têm os pais separados

apresentam problemas na escola.

A etiologia das dificuldades de aprendizagem não se completa nem se pode reduzir a este pequeno trabalho, no entanto tenta sensibilizar para a diversidade da complexidade das crianças e adolescentes filhos de toxicodpendentes, que é uma população que nem sempre está identificada, pela estigmatização que implica ser filho de toxicodpendentes em termos sociais.

Sendo uma realidade crescente as dificuldades de aprendizagem nas escolas Portuguesas, implica pensarmos globalmente em estratégias interventivas nesta área específica.

Strecht (1998), refere que prevenir cedo nas crianças quer dizer evitar o vazio dos adultos. Mas a inclusão destas crianças diferentes, implica estar atento às realidades das escolas, não é dizermos que a inclusão é um sucesso só por si, aliás a nosso ver, a inclusão só pode resultar se quem de direito dotar as escolas de recursos humanos e infra-estruturas, situação que até aqui se tem verificado muito insuficiente.

O CAT de Torres Vedras delineou um projecto de intervenção também com base neste estudo para poder dar resposta a esta área dos filhos de toxicodpendentes ou crianças com famílias de risco e tem por base o redimensionamento da consulta de psicologia infantil, existente no CAT de Torres Vedras e efectuado inicialmente para filhos de toxicodpendentes. O projecto tem por objectivo geral fomentar e desenvolver a prática de intervenção precoce integrada através de um atendimento multidisciplinar a crianças entre os 0 e os 13 anos em risco social e suas famílias e/ou com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

Assim tal como afirmado no nosso objectivo geral, alguns dos principais desafios e oportunidades na intervenção preventiva e remediativa enquanto estratégias de intervenção com crianças em situação de risco têm a ver, essencialmente, com o trabalho com famílias.

Este projecto é importante em querer alargar o âmbito de actividade de um serviço anteriormente mais centrado no tratamento da heroíno dependência, no entanto a realidade que se nos afigura é de uma diversidade imensa mas pensamos poder contribuir de uma forma positiva e

concertada nas famílias de risco, com crianças de risco, e de certeza com necessidades educativas especiais.

Anexo:

### Projecto da Criação de uma consulta de 1ª, 2ª e 3ª infância

Apresentamos em anexo o projecto que definimos e que aguardamos resposta da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, para iniciarmos a nossa actividade.

#### 1. Objectivos Específicos

Como objectivos específicos propusemo-nos a:

- Ensaiai formas de Intervenção Precoce a crianças e famílias em colaboração com outros actores sociais;
- Fomentar acções de intervenção precoce, sob a forma de atendimento, avaliação e intervenção interdisciplinar para crianças em risco e suas famílias;
- Promover o desenvolvimento das crianças em colaboração com as famílias, quer nos contextos de vida diária quer em estruturas educativas ou outras;
- Desenvolver o estudo do desenvolvimento e educação da criança e áreas conexas do saber, promovendo uma reflexão e investigação sobre as práticas relativas à avaliação e intervenção com crianças e famílias;
- Promover processos de formação para técnicos em áreas relacionadas com a infância.
- Pretendemos assim, que o projecto funcione sob a forma de atendimento, avaliação e intervenção multidisciplinar, assim como, supervisão da intervenção e de formação em serviço da equipa.

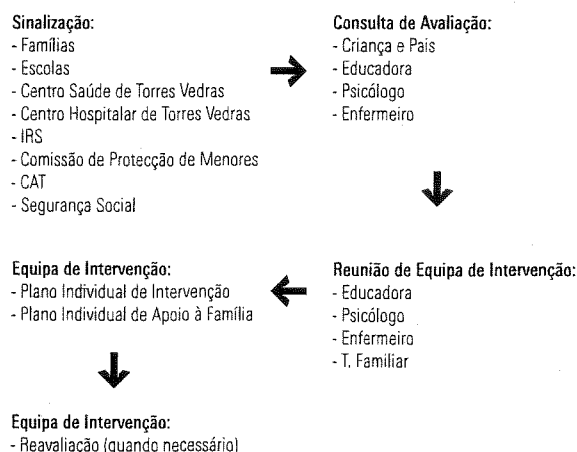
#### 2. Metodologia de Trabalho com as Famílias de Risco

- Se a base central consideramos as famílias de risco, então delineamos uma base geral de trabalho com as mesmas nomeadamente:
  - Formação parental;
  - Serviços de Aconselhamento Familiar;
  - Serviços de Terapia Familiar.

#### 3. Recursos Humanos

- A cedência dos técnicos deste instituto é dentro do horário normal de trabalho, e corresponde a um enfermeiro, 1 assistente social e a um psicólogo clínico e um médico psiquiatra unicamente.

#### 4. Organigrama de Intervenção



#### 5. Conclusão:

Pensamos com esta metodologia de intervenção, inserir-mo-nos na estratégia global do serviço, correspondendo a novas formas de intervenção, sobre velhas problemáticas, perto dos sujeitos e não das substâncias. Ensaiairmos novas dinâmicas é aquilo que preconizamos com esta nossa estratégia.

O pilar do nosso projecto assenta:

##### 1. Apoiar a família propiciando uma adequada vinculação da criança no seu seio

- a) Formar e intervir nos períodos sensíveis do desenvolvimento, de modo a ajudar a família a reconhecer que é sede de forças interiores capazes de tornar a criança e o jovem resilientes face às circunstâncias de risco;
- b) Actuar, preferencialmente, nos primeiros tempos de vida (três primeiros anos) e durante a fase peripubertária.

##### 2. Desenvolver unidades de inclusão social nas escolas regulares

- a) Apoiar o desenvolvimento psicossocial de crianças privados de ambientes familiares estimulantes neste domínio;
- b) Apoiar as crianças na co-construção de projectos de

vida, tomando em atenção as suas reais necessidades educativas e os recursos disponíveis na família e na comunidade;

c) Sinalizar perturbações de personalidade e comportamento, organizar respostas e encaminhar para serviços especializados na comunidade as situações de ajuda psicoterapêutica;

d) Formar professores e outro pessoal da escola nas vertentes humana, emocional e cognitiva;

e) Mobilizar as famílias, os serviços da comunidade e a comunidade educativa (escola) para a problemática em apreço, seus contornos e formas de actuação.

### 3. Garantir uma resposta social às situações de perigo de crianças e jovens

a) Assegurar, tão cedo quanto possível, uma intervenção eficaz por parte das equipas locais de intervenção social;

b) Fomentar a investigação aplicada à melhoria do conhecimento nos domínios da criança e do seu apoio;

c) Sensibilizar a sociedade e a opinião pública para a problemática do desenvolvimento e da educação da criança.

Assim foram já efectuadas diligencias no estabelecimento de parcerias com as seguintes instituições:

- Os técnicos encontram-se a efectuar um Estágio na Unidade de desenvolvimento no Hospital D. Estefânia com duração de um mês;
- Câmara Municipal de Torres Vedras – Cedência de um espaço de funcionamento;
- Centro Hospitalar de Torres Vedras – Valência de Terapia da Fala e Fisioterapia;
- Centro de Saúde de Torres Vedras – Avaliação do desenvolvimento dos 0 aos 2 anos;
- CPCJ de Torres Vedras – articulação;
- Segurança Social de Torres Vedras – articulação;
- Instituto de Reinserção Social (IRS) de Torres Vedras – articulação;
- Hospital D. Estefânia – Consulta Desenvolvimento/Pedopsiquiatria;
- Falta contactar os agrupamentos de escolas, pelo que, aguardamos aprovação da DRLVT;

- O início da consulta seria após, um encontro de divulgação de um dia, a realizar em data a combinar, e com agendamento de protocolos de intervenção institucionais.

#### Contacto

Rui Negrão – Psicólogo Clínico CAT Torres Vedras

Paulo Seabra – Enfermeiro CAT Torres Vedras

r11negrao@hotmail.com

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

Aronson, M. & Hagberg, B. (1998). "Neuropsychological disorders in children exposed to alcohol during pregnancy: a follow-up study of 24 children to alcoholic mothers in Goteborg, Sweden". *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 22 (2): 321-324.

Autti-Ramo, I.; Fagerlund, A.; Ervalahti, L.; Korkman, M. & Hoyme H. (2003). "Fetal alcohol spectrum disorders in Finland: clinical delineation of 77 older children and adolescents". *Am. J. Med. Genet. A. Jan.*, 140 (2): 137-43.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bateman, B. (1965). "An Education's view of a diagnostic approach to learning disorders", In J. Hellmuth (ed.), *Learning disorders*, Vol. I, Seattle: Special Child Publications.

Bernstein, B. (1975). *Langage et classes sociales*. Paris: Les Editions de Minuit.

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Genève: World Health Organization, Monograph, 2.

Bowlby, J. (1958). "The nature of the child's tie to his mother". *International Journal of Psychoanalysis*, 39: 350-373.

Bryant, T. (1977). "Learning Disabled children's comprehension of non-verbal communication". *Journal of Learning Disabilities*, 10: 501-506.

Bryant, T. & Bryant, J. (1978b). *Understanding Learning Disabilities*. Sherman Oaks, Calif.: Alfred Publishing.

Bruininks, R. (1978). "Peer status and personality". *Journal of Learning Disabilities*, 11: 484-489.

Burd, L.; Cotsonas-Hassler T.; Martsolf J. & Kerbeshian, J. (2003). "Recognition and management of fetal alcohol syndrome". *Neurotoxicol Teratol.* Nov-Dec, 25 (6): 681-8.

- Chapman, R.; Larsen, S. & Parker, R. (1979). "Interactions of first – grade teachers with learning disordered children". *Journal of Learning Disabilities*, 12:225-230.
- Coffin, J. M.; Baroody, S.; Schneider, K. & O'Neill, J. (2005). "Impaired cerebellar learning in children with prenatal alcohol exposure: a comparative study of eyeblink conditioning in children with ADHD and Dyslexia". *Cortex*, 41 (3): 389-98.
- Corral, M. M.; Holguin, S. R. & Cadaveira, F. (1999). "Neuropsychological characteristics in children of alcoholics: familial density". *J. Stud. Alcohol*, 60 (4): 509-513.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos NEE nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Fonseca, V. (1996). *Aprender a aprender: A educabilidade cognitiva*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (1999). *Insucesso Escolar: Abordagem Psicopedagógica às DA*. Lisboa: Editorial Âncora.
- Fonseca, V. (2001). *Cognição e aprendizagem: Abordagem neuropsicológica e psicopedagógica*. Lisboa: Âncora Editora.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood*. New York: International Universities Press.
- Hallahan, D.; Kauffman, J. & Loyd, J. (1999). *Introduction to Learning Disabilities*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hammill, D.; Brown, U.; Larsen, S. & Wiederholt, J. (1981). *Test of Adolescent Language*. Austin: Pro-Ed.
- Jackson, C.; Henriksen, L.; Dickinson, D. & Levine, D. W. (1997). "The early use of alcohol and tobacco: its relation to children's competence and parents' behaviour". *Am. J. Public Health*, 87 (3): 359-64.
- Johnson, D. (1988). "Review of research on specific reading, writing and mathematics disorders". In J. F. Kavanagh and T. J. Tuss (eds.), *Learning Disabilities: Proceedings of the National Conference*. Parkton, MD: New York.
- Kirk, S.A. (1962). *Educating Exceptional Children*. Boston: Houghton Mifflin.
- Kolar, A. F.; Brown B. S.; Haetzen C.A. & Michaelson, B. S. (1994). "Children of substance abusers: the life experiences of children of opiate addicts in methadone maintenance". *Am. J. Drug and Alcohol Abuse*, 20 (2): 159-71.
- Magee, P. & Newcomer, P. (1978). "The relationship between oral language skills and academic achievement of learning disable children". *Learning Disability Quarterly*, 1: 63-67.
- Martin, J. & Walters, J. (1982). "Familial correlates of selected types of child abuse and neglect". *Journal of Marriage and Family*, 267-276.
- National Center for Learning Disabilities (1997). *General Information on Learning Disabilities*. N. Y.: New York.
- Parish, J. G. & Parish, T. S. (1983). "Children's self-concepts as related to family structure and family concept". *Adolescence*, 1: 649-658.
- Schaffer, H. R. (1999). "Understanding socialization: From unidirectional to bidirectional conceptions". In M. Bennett (Ed.), *Developmental psychology: Achievements and prospects*. Philadelphia: Psychology Press.
- Shawwitz, S. E.; Cohen, D. J. & Shaywitz, B. A. (1980). "Behavior and learning difficulties in children of normal intelligence born to alcoholic mothers". *J. Pediatr*, 96 (6): 978-982.
- Sim-Sim, I. (1997). *Avaliação da linguagem oral: Um contributo para o conhecimento do desenvolvimento linguístico das crianças portuguesas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sptz, R. (1945). "Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric condition in early childhood". *Psychoanalytic Study of the Child*, 1: 53-74.
- Sroufe, L. A.; Cooper, R. G. & DeHart, G. (1996). *Child development: Its nature and course*. New York: McGraw-Hill.
- Strecht, P. (1998). *Crescer vazio: repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Viana, F.L. (1998). *Da linguagem oral à leitura: Construção e validação do Teste de Identificação de Competências Linguísticas*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Vygotsky, L. S. (1988). *A formação social da mente: O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Weiss, L. H. & Schwarz, J. C. (1996). "The relationship between parenting types and older adolescent's personality, academic achievement, adjustment and substance use". *Child Development*, 67: 2101-2114.
- Winnicott, D. (1957). *Mother and child*. New York: Basic Books.