

## ATENDIMENTO PRECOCE DOMICILIAR PARA CRIANÇAS EXCEPCIONAIS

Maria Luiza Mendonça Araújo  
*Universidade de Brasília*

RESUMO — O artigo descreve um programa de atendimento a crianças excepcionais, desenvolvido com base na observação de comportamentos da criança e no levantamento de atitudes e expectativas da família. Foram atendidas 13 crianças, de idades entre 10 meses e 3 anos e 11 meses. A intervenção foi programada para cada caso individualmente e desenvolvida na própria casa da criança. Consistiu em: a) orientação geral à família, através da discussão dos problemas; b) treinamento da mãe ou outra pessoa da casa na execução de programas para desenvolver habilidades verbais e motoras (através de instruções e demonstrações). Os resultados indicaram que, após 3 meses de programa observaram-se mudanças na atitude das famílias e no comportamento das crianças.

### EARLY HOME CARE FOR EXCEPTIONAL CHILDREN

ABSTRACT — This study describes an intervention program for exceptional children. Data regarding the children was gathered through behavior observation and interviews with parents. The subjects were 13 exceptional children, whose ages varied from 10 months through three years and 11 months, and their parents. The intervention was carried out in the child's own home, involving two conditions: 1) general orientation of the family through discussion of the child's major behavior problems; 2) training of parents in the use of specific programs. The results showed that after three months, significant changes occurred in parents attitudes as well as in the children's behavior.

Atualmente, muito se tem falado sobre a importância da estimulação precoce na prevenção de problemas ou na diminuição dos efeitos de alguma deficiência que a criança apresenta ao nascer.

Em um país como o Brasil, onde os índices de mortalidade e de excepcionalidade são muito altos, em decorrência principalmente de infecções, verminose, desnutrição e outros problemas de ordem social, torna-se urgente a implantação de serviços de atendimento preventivo, com vistas a orientar as famílias de crianças excepcionais, desde os seus primeiros meses de vida.

Isto porque iniciativas com características compensatórias levadas a efeito nos Estados Unidos na década de 60, como o Projeto Head Start e o programa de Bereiter-Engelman, por exemplo, evidenciaram que intervenções que se fundamentam na atuação de professores, não têm efeitos muito duradouros e que a idade de 4 anos talvez já seja avançada para se começar um trabalho preventivo.

Bronfenbrenner (1974), após analisar resultados de programas norte-americanos de intervenção precoce, sugeriu que o fracasso, no que se refere à permanência

de seus efeitos, está ligado às primeiras experiências mãe-filho. Schaefer & Aaronson (em Tjossen, 1976) concluíram que a melhor intervenção é a que estimula o desenvolvimento das primeiras relações do bebê, de seus interesses e da linguagem, centrando a abordagem na família e não na criança.

Em função disso, passou-se a enfatizar o envolvimento cada vez maior de pais, ou principalmente da mãe, em programas de estimulação precoce, quando a criança apresenta algum problema ao nascer.

Entretanto, só recentemente vem aumentando o número de estudos que envolvem bebês, e as conclusões a que se pôde chegar ainda não são muitas, tanto devido às dificuldades no controle de variáveis como também por falta de acompanhamento longitudinal durante um tempo significativo. Dentre os principais estudos desenvolvidos com amostras de bebês, que apresentavam algum problema ao nascer (como Síndrome de Down ou paralisia cerebral) salientam-se os de Kass, Sigman, Bronwich & Parmelee (1975) e Hanson (1977).

Kass e colaboradores (1975) desenvolveram um projeto com o objetivo de promover o desenvolvimento máximo de bebês de alto risco através de programas centrados na interação mãe-filho. O projeto atendeu a crianças de zero a dois anos e foi desenvolvido através de visitas domiciliares. Durante as primeiras visitas, eram feitas observações para coleta de dados, com base nos quais era elaborado um programa para cada criança, pela equipe encarregada. Nas visitas seguintes as atividades programadas eram desenvolvidas, caracterizando-se pelo envolvimento da mãe, visando o aumento de sua sensibilidade para com a criança, ou a realização de exercícios para melhorar as habilidades infantis. Com base nos resultados obtidos, Kass e colaboradores concluíram que: a) o levantamento dos pontos fortes das crianças e seus pais é tão necessário quanto o levantamento dos deficits; b) a receptividade inicial dos pais ao programa não é um indicador definitivo de seu envolvimento durante a intervenção; c) as famílias não utilizam as sugestões da equipe profissional quando a área para a qual as sugestões são feitas não são objeto de sua preocupação; d) há necessidade de equilíbrio entre a atenção ao desenvolvimento da criança e às necessidades da família.

Hanson (1977) desenvolveu um programa para doze bebês com síndrome de Down, a partir de seis semanas de idade, onde os pais eram os agentes de mudança de comportamento e o ambiente era o lar. Os pais aprenderam alguns princípios básicos de aprendizagem que eram apresentados de maneira prática e informal. Foram discutidos, por exemplo, conceitos de reforçamento positivo, negativo, modelagem, prontidão, técnicas de observação, etc. Em seguida, receberam noções de análise de tarefas (divisão de um comportamento em passos para facilitar a aprendizagem). Outros aspectos discutidos foram: técnicas de manejo de comportamentos, noções sobre desenvolvimento infantil, adaptação e utilização de materiais e utensílios, aproveitando situações do dia a dia, e até mesmo formas simples de registro de comportamentos. Durante o treinamento foi utilizado um manual que continha as informações básicas e exercícios sobre os temas estudados. Só após resolver os exercícios do manual é que os pais atuavam diretamente com a criança, escolhendo os comportamentos mais indicados a serem trabalhados em cada ocasião e registrando seu desempenho.

Os resultados obtidos por Hanson indicaram que a estratégia utilizada foi eficaz na promoção do desenvolvimento da criança: os gráficos de crianças submetidas ao programa, comparados com os de outras de um grupo controle, mostraram

que o tempo para atingir comportamentos como, por exemplo, transferir objetos de uma mão para outra, sentar e engatinhar era muito menor para as primeiras.

No Brasil, já se observa uma conscientização crescente da importância de um atendimento precoce. Muito se tem falado sobre a necessidade de se implementar o atendimento ao pré-escolar no sentido de prevenir problemas de aprendizagem na idade escolar. A pré-escola está deixando de ser encarada como um lugar de passatempo ou de brincadeiras, para ser vista como um local onde a criança tem a oportunidade de adquirir comportamentos básicos fundamentais ao seu desenvolvimento.

Oliveira (1979) relata um programa de estimulação precoce desenvolvido em creches de Santa Catarina (Projeto Mocotó) que visa fortalecer o processo de aprendizagem através da mudança do modelo de interação mãe-filho. Baseia-se no perfil de desenvolvimento infantil da Gesell & Piaget, utiliza recursos da comunidade e aproveita oportunidades naturais (hora de alimentação, brincadeiras) para estimular a criança. O autor recomenda modelos de estimulação flexíveis, cuidados com a qualidade e não apenas com a quantidade de estímulos oferecidos e um trabalho interdisciplinar que tenha como objetivo, "não a formação de técnicos em estimulação precoce, mas sim de pessoal capacitado para conviver com crianças, entendê-las em suas necessidades e capacidades, que sirvam como reprodutores de um modelo mãe-filho adequado".

O atendimento precoce especificamente a crianças excepcionais, vem ocorrendo apenas esporadicamente no Brasil.

O presente estudo teve como objetivo atuar junto a famílias de crianças excepcionais, e, em função do conhecimento de suas expectativas e atitudes em relação ao problema da criança, bem como das características de seu ambiente, orientá-las no sentido de estimular adequadamente a criança.

Outro objetivo do estudo foi dar oportunidade a alunos do final do curso de Psicologia para estabelecer contato com nossa realidade e desenvolver um trabalho prático de complementação às noções teóricas adquiridas no decorrer do curso. Tal trabalho foi desenvolvido na cadeira de Psicologia do Excepcional II.

## MÉTODO

### Sujeitos

O trabalho envolveu treze crianças, quatro do sexo masculino e nove do sexo feminino, com idades que variavam de 10 meses a 3 anos e 11 meses, no início do atendimento.

Dessas crianças, seis foram diagnosticadas como portadoras de Paralisia Cerebral, uma era mongolóide, três eram deficientes auditivas e três tinham problemas de atraso no desenvolvimento e de comportamento, sem um diagnóstico definido. Seis sujeitos foram indicados pelo Centro de Orientação Médico-Psico-Pedagógica, órgão da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, onde se achavam inscritos, aguardando atendimento ou em fase de diagnóstico; cinco foram indicados pelo Centro de Reabilitação Sara Kubitschek, onde já estavam sendo atendidos por uma equipe de médicos, psicólogos e fisioterapeutas; os outros três indicados por uma clínica particular de Brasília que atende crianças com Paralisia Cerebral.

## Procedimento

Inicialmente organizou-se uma ficha para coleta de dados a respeito do desenvolvimento da criança, contendo aspectos de identificação, histórico (dados sobre o período de gestação, nascimento, doenças e tratamento até então), habilidades motoras, comunicação e atividades da vida diária (envolvendo dados sobre alimentação, sono, capacidade de vestir-se e treino de toalete).

A ficha servia de roteiro básico para as primeiras entrevistas com a mãe ou responsável. Posteriormente, os itens constantes na ficha eram observados diretamente pelos encarregados do caso, que criavam condições para observação, através de interação com a criança e a família.

Paralelamente à ficha, eram registradas as atividades da família em relação à criança-problema, aspectos do relacionamento em geral e expectativas quanto ao desenvolvimento da criança e quanto ao atendimento propriamente dito.

Para a elaboração da ficha, foram consultados diversos instrumentos utilizados para avaliação do desenvolvimento infantil, como a escala de desenvolvimento de Gesell (Gesell & Amatruda, 1976) a ficha de registro do bebê, de Hanson (1976) e o guia Washington para Promover o Desenvolvimento da Criança Pequena (Barnard & Erikson, 1978).

Procurou-se usar itens eminentemente observáveis, colocados em ordem crescente de complexidade, de maneira a facilmente indicar o ponto de desenvolvimento em que cada sujeito se posicionava.

Não houve preocupação no sentido de estabelecer comportamentos esperados em função da idade, pois as escalas existentes foram padronizadas em outros países e não se adaptavam necessariamente às nossas crianças. Além disso, o objetivo era estimular as crianças, a partir do nível de desenvolvimento que apresentavam.

O atendimento foi feito na casa da criança por dois estagiários que faziam uma visita semanal de 1 a 2 horas de duração e consistiu em:

- a) visitas para discussão dos problemas mais significativos para cada família, respostas às suas indagações, apoio e orientação geral com sugestões de atividades para estimulação;
- b) treinamento da mãe ou de pessoa da família na execução de programas estabelecidos a partir das necessidades de cada criança. Esse treinamento era feito através de instruções e demonstrações por parte do estagiário e envolveu basicamente aspectos do comportamento verbal e motor.

Após as visitas, a dupla se reunia com a coordenadora do projeto para discussão dos dados obtidos e planejamento de novas etapas. No caso de crianças encaminhadas pelo Centro de Reabilitação Sara Kubitschek, foram mantidos contatos com a equipe responsável pelo seu atendimento.

A duração total da intervenção foi de um semestre letivo, ocorrendo em média dez visitas domiciliares a cada criança.

## RESULTADOS

A tabela 1, em anexo, indica os principais dados obtidos com os 13 sujeitos atendidos.

Das 13 crianças estudadas, 6 (ou 46%) faziam parte de famílias que, no início do atendimento, não tinham idéia do problema da criança, apresentando duas fa-

mílias uma atitude conformista, sem nenhuma expectativa em relação ao desenvolvimento da criança e sem demonstrar preocupação com isto, e quatro com a crença de que o desenvolvimento viria naturalmente com o tempo, independente de qualquer intervenção.

Os responsáveis por duas crianças afirmaram ter consciência do problema e estar fazendo o que consideravam necessário em termos de atendimento. Coincidentemente as duas crianças estavam se submetendo a atendimento fisioterápico em caráter particular, mas sem continuidade em suas casas, ou qualquer envolvimento dos pais nos exercícios propriamente ditos.

Os pais de duas crianças demonstraram ter consciência do problema dos filhos, mas associada a um sentimento de revolta, acusando os obstetras de responsáveis pelo problema. Afirmaram se sentirem impotentes diante de tal situação e não terem nenhuma expectativa em relação ao desenvolvimento do filho, superprotegendo-o.

Apenas três sujeitos pertenciam a famílias que, a partir dos primeiros contatos, demonstraram preocupação com o problema e, ao mesmo tempo, disposição para fazer algo para promover o desenvolvimento máximo da criança.

Toda intervenção foi programada levando-se em conta esses aspectos. Apenas em um caso não foi possível envolver a família na estimulação da criança. Os estagiários, neste caso, consideraram necessário, antes de mais nada, uma terapia para o casal para lhes dar o mínimo de condições de lidar com o problema de sua criança, uma vez que o relacionamento entre os cônjuges constituía, naquele momento, o problema mais sério.

Em seis casos, foram feitos programas visando o desenvolvimento da linguagem, onde os estagiários trabalhavam basicamente com uma pessoa da casa, treinando-a na aplicação dos exercícios.

Em quatro casos, o trabalho foi no sentido de engajar a família em programas já em fase de desenvolvimento, com execução sistematizada das atividades propostas e que não estavam tendo a continuidade esperada em casa, apesar de a mãe receber orientação para isso.

Em dois casos, foram sugeridas atividades básicas de estimulação visual, tátil, sonora e motora.

Além da orientação a nível direto, foram sugeridas leituras para os pais de duas crianças, tendo em vista seu nível cultural e o problema do filho.

Analisando a tabela 1, pode-se verificar que foram observadas mudanças positivas no comportamento de seis mães, sendo que em quatro desses casos houve também modificação positiva no comportamento do filho.

Dos três casos em que outras pessoas da família foram envolvidas no atendimento, houve mudança positiva no comportamento de duas crianças.

Nos quatro casos em que não houve mudanças no comportamento da mãe, não foram observadas também nenhuma mudança significativa no comportamento da criança.

Estes resultados evidenciaram a relação existente entre a atitude da mãe (ou da família) e o desenvolvimento da criança, embora não se possa afirmar que tenha sido a mudança de atitude da mãe que a levou a executar as atividades propostas e conseqüentemente à modificação no comportamento da criança ou se a execução dos exercícios (e o progresso decorrente) é que levou à modificação do comportamento da mãe.

Considerando o curto período de tempo em que o programa foi levado a efeito.

os resultados obtidos foram bastante significativos, o que justifica dar continuidade a este tipo de trabalho.

### REFERÊNCIAS

- BARNARD, K.E. & ERICKSON, M.L. (1978) *Como educar crianças com problemas de desenvolvimento*. Porto Alegre: Ed. Globo.
- BRONFENBRENNER, U. (1974) *Is early intervention effective?* Department of Health, Education and Welfare Publication (OHD) 76-30025, Washington, D.C.
- GESELL, A. & AMATRUDA, C (1976) *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- HANSON, M.J. (1977) *Teaching your Down's Syndrome infants: A guide for parents*. Baltimore: University Park Press.
- KASS, E.R.; SIGMAN, M.; BRONWICH, R.F. & PARMELEE, A.H. (1975) Educational intervention with high risk infants. Em Tjossen, T.D. (ed.) *Intervention strategies for high risk infants and young children*. Baltimore: University Park Press.
- OLIVEIRA, A.J. (1979) A importância da estimulação precoce na prevenção dos distúrbios do desenvolvimento infantil. Conferência proferida no Ciclo de Conferências sobre Educação Especial. Brasília: Universidade de Brasília.
- TJOSSEM, T.D. (1976) *Intervention strategies for high risk infants and young children*. Baltimore: University Park Press.

DIAGNÓSTICO IDENTIFICAÇÃO	HÁBIL MOTORA	COMUNICAÇÃO	ATIVIDADE DA VIDA PRÓPRIA	ATITUDE FAMILIAR	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
MAB, 1ª. 3m. Fem. Paralisia Cerebral. Atendida no CRSK por equipe inter-disciplinar.	Não sustenta cabeça, não senta, não acompanha estímulos visuais, não responde a estímulos auditivos.	Ri quando estimulada. Emite sons mas não chega a balbuciar. Mantém contato visual. Apática	Alimenta-se de líquidos ou pastosos. Prefere a mamadeira, que reconhece. Recusa alimentos com frequência. Sono normal. Deixa-se lavar e vestir passivamente.	A mãe reconhece apenas o problema físico da criança. Leva-a regularmente ao CRSK-mas "eles só brincam com a criança". Espera que com o tempo a criança se desenvolva. Pouca estimulação à criança.	Contato com o CRSK para informações sobre a atuação da mãe na programação do CRSK. Execução conjunta dos exercícios prescritos, discussão sobre suas dúvidas, sugestões de atividades. Apoio à mãe.	Mãe passou a dedicar mais tempo aos exercícios. Afir-mou entender como as "brin-cadeiras podiam ajudar a criança". Esta deixou de chorar durante os exercícios. Maior sustentação da cabeça e tronco. Maior interesse por objetos e brinquedos.
RSV, 3ª. Mm. Masc. Suspeita de autismo. Aguardando atendimento no CONPP.	Não apresenta problemas de desenvolvimento motor, É hiperativo. Preferências por brincadeiras de rodar objetos, fixa ventilador funcionando por tempo significativo, apresentando simultaneamente auto-estimulação.	Pouco contato visual. Não se comunica verbalmente embora ocasionalmente emita sons. Segue instruções quando é de seu interesse. Atenção instável. Atende mais ao pai do que a mãe. Aponta e puxa as pessoas quando quer algo.	Não apresenta problemas de alimentação. Não tem controle de esfínteres mas avisa quando está molhado.	Pai já teve problemas nervosos, pouco se envolve com os filhos. A mãe não tem nenhum controle sobre os filhos, o menor imita os comportamentos de RSV. Frequentemente se culpa pelo problema do filho. Não sabe o que fazer. Problemas de relacionamento com o marido.	Apoio à mãe. Foi sugerido ao casal que faça terapia no sentido de melhorar o relacionamento entre eles e assim adquirir condições de atender convenientemente aos filhos. Sugestão de leituras. Não foi desenvolvida nenhuma programação específica com a criança.	Não se evidenciou nenhuma mudança significativa.
GRS, 2ª Fem. Paralisia Cerebral. Em atendimento no CRSK.	Senta com ajuda, rola, busca estímulo visual ou auditivo, segura objetos por pouco tempo.	Sorri, emite sons sem significado, reconhece pessoas da casa.	Alimenta-se de líquidos ou pastosos. Sono tranqüilo. Deixa-se lavar e vestir passivamente.	Mãe interage pouco com a criança e quando o faz é pouco afetiva. Não tem idéia da extensão do problema da criança.	Como a criança já tem atendimento fisioterápico no CRSK, foram enfatizados os aspectos de estimulação visual, auditiva, tátil e cognitiva, buscando-se um envolvimento maior da mãe. Apoio e orientação.	Mãe passou a se interessar pelas atividades desenvolvidas pelas estagiárias, fazendo perguntas e comentários. Seu relacionamento com a filha durante os exercícios se tomou mais natural. Não se evidenciou mudança significativa no comportamento da criança.
AATV, 2ª. 10m. Fem. Def. auditiva. Aguardando vaga para atendimento.	Bom desenvolvimento.	Balbucia, tentando vocalizar palavras, reconhece objetos e pessoas, segue instruções, brinca isoladamente. Responde a estímulos muito intensos.	Alimenta-se sozinho, coopera ao vestir-se, tem controle de esfínteres.	Mãe quer fazer tudo para a "cura" da filha.	Apoio à mãe, esclarecimentos quando ao problema da filha. Levantamento de sons emitidos pela criança, elaboração de exercícios de articulação, nomeação de objetos e figuras a partir do nível inicial. Orientação à mãe para execução dos exercícios e registros dos dados obtidos.	Mãe executou satisfatoriamente os exercícios, registrando os dados. Criança participava com interesse dos exercícios propostos como brincadeira e chegou a emitir sons como pé, mão, dá, papá.

DIAGNÓSTICO IDENTIFICAÇÃO	HÁBIL MOTORA	COMUNICAÇÃO	ATIVIDADE DA VIDA PRÓPRIA	ATITUDE FAMILIAR	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
MRA, 1a, 9m. Masc. Paralisia cerebral. Interrompeu atendimento feito pela equipe do CRSK.	Nenhum controle motor. Não sustenta o pescoço, segura objetos se colocados em sua mão e por poucos segundos. Não segue estímulos visuais, raramente responde ao som.	Não sorri, não balbucia. Emite o som "hum", não mantém contato visual.	Alimenta-se de líquidos e pastosos. Engasga frequentemente. Dorme muito.	A mãe é solteira, está esperando o 2º filho, é doméstica, mas atualmente desempregada. Minimiza os problemas do filho, afirma que quando atingir 2 anos ele vai se recuperar. Contradiz-se frequentemente, tem muitas fantasias.	Apoio à mãe, no sentido de restabelecer o acompanhamento médico que foi interrompido, e no sentido de conscientizá-la do problema da criança. Execução de programação de estimulação sonora, tátil e motora em conjunto com mãe.	A criança voltou ao atendimento pela equipe do CRSK. Não se evidenciou mudança positiva em relação à mãe.
BSM, 29,9m. Fem. Paralisia cerebral. Atendimento fisioterápico em clínica particular.	Rola, arrasta-se, não senta nem fica de pé. Manipula objetos, inclusive com movimento de pinça.	Responde a estímulos visuais e sonoros, balbucia. mas não articula palavras. Reconhece objetos e pessoas, segue instruções dentro de suas limitações físicas.	Não se veste nem se alimenta sozinho. Tem controle de fezes, mas não de urina. Avisava quando está molhada.	Mãe revoltada com o proma da filha, acusa o obstetra, tem problema de relacionamento com vizinhos, sogra e atritos frequentes com o marido. Pai mais controlado se envolve pouco com a filha. Expectativa de uma melhoria aos 5 anos, por isso leva a fisioterapia semanalmente.	Apoio à mãe que se apresentou tão necessitada quanto à criança. Envolvimento da mãe em exercícios de imitação, motricidade fina e de preparação para a língua. Sugestão de terapia para os pais.	Mãe menos tensa e decidida a fazer terapia. Maior naturalidade desta ao desenvolver atividades com a filha. Não se evidenciou modificações no comportamento da criança.
DMS, 10m. Fem. Paralisia cerebral. Atendimento mensal no CRSK.	Sustenta a cabeça, segura objetos, mas não senta, não engatinha. Raramente acompanha estímulos visuais.	Responde ao som, sorri. emite alguns sons, mas não chega a balciar.	Alimenta-se de líquidos e pastosos, tem sono tranquilo, chora ao tomar banho. Reage excessivamente à luz, pois fica no quarto fechado o tempo todo.	Mãe, doméstica, solteira, só vê a criança nos fins de semana. Avó e tia cuidam da criança, mas não tem tempo de estimular a criança. que dorme quase o dia todo. Avó acha que aos 2 anos a criança vai começar a se desenvolver. Não acredita no atendimento do CRSK. "Só fazem brincar com a criança". Mãe demonstrou maior compreensão do problema.	Conscientização da avó e tia da importância da estimulação, desde conversar. brincar, dar objetos para segurar, banho de sol, ficar perto das pessoas trabalhando, até à execução dos exercícios já prescritos pela equipe do CRSK. Orientação à mãe para atuar nos fins de semana.	Tia apresentou maior interesse em executar os exercícios. Avó manteve-se desinteressada, alegando cansaço. Mãe ficou de procurar alguém para brincar e passear com a filha. Atendimento foi interrompido por 2 semanas quando a criança foi internada com suspeita de meningite. Não se observou mudança no comportamento da criança.
ASMB, 2ª 7m. Fem. Paralisia cerebral. Faz fisioterapia em clínica particular.	Problema nos membros inferiores que se evidencia ao andar. correr ou pular. Faz fisioterapia.	Verbaliza e combina palavras, mas não chega a formar frases. Problemas de articulação.	Não tem problemas de sono ou alimentação. Não tem controle de esfíncteres.	índice de estimulação verbal muito pequeno, quer por parte dos pais, quer pela babá. Os pais acreditam estar atendendo satisfatoriamente à criança, proporcionando-lhe a fisioterapia paga.	Orientação aos pais para aumentar estimulação verbal com a criança e orientação e acompanhamento da babá. Foi enfatizada a importância de continuar os exercícios de fisioterapia. Sugeriu matricular a criança em uma escola maternal.	Não se observou nenhuma modificação no comportamento da criança.



DIAGNÓSTICO IDENTIFICAÇÃO	HÁBIL MOTORAS	COMUNICAÇÃO	ATIVIDADE DA VIDA PRÓPRIA	ATITUDE FAMILIAR	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
KHL, 3 <sup>a</sup> 5m. Fern. Atraso no desenvolvimento em relação à irmã gêmea. Aguardando atendimento no COMPP.	Não apresenta problemas.	Vocaliza sílabas, geralmente o final das palavras, mas não forma frases. Comunica-se por gestos. Segue instruções, participa de brincadeiras.	Alimenta-se sozinha, dorme bem, ajuda a vestir-se. Tem controle de esfínteres.	Mãe superprotetora, atende a seus gestos e procura sempre adivinhar seus desejos. Compara seguidamente com a irmã gêmea que tem desenvolvimento normal. Atribui o problema da filha à imperícia médica do obstetra.	Orientação aos pais, no sentido de estimular a expressional da filha aproveitando situações naturais, jogos, brincadeiras, exercícios de sopro, língua e lábios executados a princípio junto com a mãe e posteriormente só.	Bom desempenho da criança nos exercícios de lábios e sopro, maior dificuldade nos de língua. Aumento significativo na verbalização, chegando a formar pequenas frases, ainda que com problemas de articulação. Mãe assumiu atitude estimuladora, chegando a efetuar registros do desempenho da criança e programas.
FSS 3a masc. Deficiência Auditiva. Aguardando atendimento ao COMPP.	Nenhum problema.	Balbuca algumas palavras (não, água, mãe) e utiliza gestos para se fazer entender. Segue instruções. Atenção dispersa, instável nas atividades. Tímido e arredio; pouco contato visual.	Nenhum problema. Tem controle de esfínteres. Alimenta-se e veste-se sozinho.	A mãe trabalha fora e a criança fica com os avós que demonstraram interesse pelo seu desenvolvimento. Utilizam muito gesto e pouca verbalização (em tom alto).	Orientação aos avós no sentido de diminuir a comunicação por gestos e aumentar a verbalização. Exercício de Sopro, língua, lábios e bochecha, com demonstração pelas estagiárias (que fazia o papel da criança e do avô), que posteriormente executava com o neto. Orientação geral de como reforçar criança.	No início de cada encontro o avô relatava o desempenho do sujeito para os devidos ajustes do programa. Aumento de frequência de contato olho a olho e com os lábios do interlocutor. Aumento da verbalização (durante as brincadeiras sozinho, o sujeito passou a emitir os sons e exercícios do programa).
LAC, 2 <sup>a</sup> 7m. Fem. Deficiência auditiva. Aguardando atendimento.	Nenhum problema.	Emite o som "nhãnhã", comunica-se apontando o que quer, chorando ou sorrindo. Segue instruções se acompanhada de gestos.	Sono e alimentação normais, coopera ao vestir-se ou banhar-se, não tem controle de esfínteres.	A mãe é crecheira da LBA. Não conversa com a criança "porque ela não ouve", mas atende seus pedidos. Diz-se conformada com o problema da filha, e não tem expectativas em relação a ela. Não tem tempo, nem demonstrou interesse no início.	Orientação geral à mãe, irmã de 9 anos e uma prima vizinha no sentido de verbalização da criança. Exercícios de sopro, língua, lábios e bochecha sob forma de brincadeira.	A prima se entusiasmou com as atividades e passou a levá-la para a casa da avó para o treino. A mãe afixou as recomendações dadas pelas estagiárias na porta do quarto e afirmou que todos da casa estavam seguindo. Disse que os exercícios estavam ajudando bastante, pois a criança já estava verbalizando "balão", "me dá" e emitindo sons enquanto queria algo.
RVFS, 3 <sup>a</sup> 3m. Masc. Síndrome de Down. Aguardando atendimento pelo COMPP.	Criança corre, pula, segura objetos, tem dificuldade em movimentos de pinça.	Vocaliza algumas palavras (papá, mamã, dá não), mas (não forma frases, não nomeia objetos. Comunica-se mais por gestos. Participa de brincadeiras, é carinhoso.	Não se alimenta sozinho. coopera ao vestir-se e banhar-se. Não tem controle de esfínteres.	A família ainda não aceita o problema com serenidade apresenta receptividade às estagiárias. Mãe não sabe o que esperar do filho.	Apoio à mãe no sentido de ajudá-la a aceitar o problema do filho e de orientá-la em como estimular adequadamente a criança. Exercícios para desenvolver a linguagem, e a motricidade num contexto de brincadeira.	Mae decidiu-se matricular criança em creche de crianças normais. Demonstrou entusiasmo em desenvolver os exercícios propostos e afirmou ter notado aumento na verbalização da criança.
AAT, 2 <sup>a</sup> ,4m. Fem. Paralisia Cerebral. Em tratamento fisioterápico em clínica particular.	Rola, arrasta-se, mas não senta sozinha. Segura e arremessa objetos. Segue estímulos visuais e auditivos.	Balbuca, reconhece pessoas e objetos, segue instruções simples, expressa sentimentos e desejos.	Alimenta-se de líquidos e pastosos, passiva ao vestir-se ou banhar-se. Não tem controle de esfínteres.	Pais receptivos com alta expectativa em relação ao trabalho a ser desenvolvido. Proporcionam atendimento particular à criança, mas se envolvem muito com o problema da filha.	Sugestões de atividades estimulação visual tátil, cognitiva. Ênfase à verbalização. Sugestão de leituras para os pais.	Não se evidenciou nenhuma mudança no comportamento da criança. Troca de babás dificultou execução da estimulação proposta. Pais não se engajaram diretamente.