

International Conference on Education and Educational Psychology (ICEEPSY 2011)

Highlighting relationships in Early Intervention with the Video Home Training/Video Interaction Guidance (VHT/VIG) method

Paula C. Santos^a, Fátima Feliciano^b, Sandra Agra^a

^aDepartment of Education, University of Aveiro, 3810-193 Aveiro, Portugal (psantos@ua.pt) (sandragra85@gmail.com)

^bSuperior Institute of Intercultural and Transdisciplinary Studies, Piaget Institute, 3515-776 Viseu, Portugal (felicianofati@gmail.com)

Abstract

Being developed within the Early Intervention (EI) Structure of Aveiro, this project consists on implementing a method where the video recording of interactions, further analysis and feedback, supervised by a VHT/VIG specialist, aims to promote relational competences in all dyads present in EI: family–child; EI professional–family; EI supervisor–EI professional. Assuming that higher quality relationships will result, in children, in better growth and development; in families, in better competences to identify needs and resources and in lower levels of depression; in EI professionals and supervisors, in better intervention and supervision competences, and in lower stress levels.

© 2011 Published by Elsevier Ltd. Selection and/or peer-review under responsibility of Dr Zafer Bekirogullari.

Keywords: Early Intervention; focused on relationships approach; video feedback.

1. Introduction

The project “Promoting Relational Competences in Early Intervention through the Video Home Training/Video Interaction Guidance (VHT/VIG) Method” intends to address the need to support professional development of EI supervisors and home visitors, in order to implement an approach focused on relationship, based on strengths, family centred, ecological and reflective, in the EI Structure of Aveiro [included in the Portuguese National System of EI in Childhood (SNIPI), created by the Decree Law 281/2009, 06-10].

It is assumed that the quality of the relationships experienced by the child with the main caregivers has a crucial impact on his/hers development (Nugent, 2005; McWilliam, 2010; Siegel, 1999). The VHT/VIG, whose main object of intervention is the set of relational competences occurring within the dyads family–child, family–professionals, supervisors–home visitors and between home visitors, has been identified as an excellent method for the analysis and promotion of ongoing transactions in the EI dynamic. Trained and supervised by a Portuguese specialist on VHT/VIG (the VIGer Supervisor Fátima Feliciano), the intervention group of the project has been limited to fifteen elements, due to the specificity of the work to be done. In order to ensure *collective empowerment* (Turnbull, Turbiville & Turnbull, 2000), and a *cascade* intervention, the group includes elements of the Technical Supervision Nucleus and Local Intervention Teams (LIT) (Aveiro EI Structure).

In November 2008, with a lecture open to the academic community in the University of Aveiro, the VHT/VIG method was presented and linked to EI for the first time; some EI professionals from Aveiro, Coimbra and Portalegre were present, too. Afterwards, in the framework of the dynamics and procedures proposed by VHT/VIG,

and in the context of EI, a research project was envisioned, aiming to promote the quality of the relationships going on between families and children under EI support, LIT professionals and families, LIT professionals and their peers and, lastly, between supervisors and LIT professionals. Two grants awarded by the Calouste Gulbenkian Foundation made it possible to carry out the pilot study and establish procedures that were consolidated with the funding awarded by the Portuguese Science and Technology Foundation (PTDC/CPE-CED/113484/2009), starting on 1st March 2011.

2. Literature review

Parents and early childhood education professionals know that babies need affectionate and responsive care for the development of attachment relationship, through which they'll make sense of the world. They also know that good learning opportunities take place in the context of inter-personal relationships between children and the people who are significant to them. If the best way to help very young children to grow up into curious, self-confident and capable learners is to provide them with consistent and affectionate care (the basis of safe bonding relationships, with adults who are important to them), the quality of this care and relationships also seems to affect their future ability for empathy, emotional regulation and behavioral control (Shonkoff & Phillips, 2000).

Children at risk of developmental delay are exposed to conditions of biological risk (e.g. the mother and child's physical health condition) and/or environmental risk (e.g. attachment issues) and need specialized support (Graminha & Martins, 1997). Knowing that the family holds the relational dynamics and the necessary potential context to allow and promote the child's adequate development, EI aims to maximize the support given to families with minimal intrusion, converting the existing knowledge on human development into a better environment for the growth and development of the child, optimizing his/hers learning opportunities. This is also the directive of The International Initiative (I.I.), an organization that encourages families to find at home solutions that help rebuilding their lives and the responsibility of its elements – equivalent to the “parent empowerment” referred by Meisels and Shonkoff (1990), and Santos (2009), where parents are specialists in knowing and supporting their children. I.I. assumes the absence of value judgments and the maximization of family time, in order to attain the emotional strengthening of its elements, as a means to strengthen family cohesion (Ancona, in I.I., 1992). It aims, in practice, to work at home and in the community; helping parents to become aware of their competences; promoting self-esteem and the ability to develop change strategies; outlining work methods in which the family is the leader and the professional partners with the family and the child, as opposed to acting as a figure of authority. In this initiative, Video Home Training (VHT), defined as a “therapeutic instrument used in some residential institutions”, has been highly useful to parents at home, “especially to those who have difficulty in dealing with their children's needs” (I.I., op. cit., p.6). However, VHT may also be applied to other contexts; when video is used as a basis to promote the relationship between parents and professionals and between professionals, it is called “Video Interaction Guidance” (VIG). In this type of intervention, specific communication moments are recorded and then reviewed under the supervision of the VIGer. The use of video at home is innovative and helps parents to recognize the child's communication initiatives and to become self-aware of functional behaviours, thus promoting pleasure and self-confidence. Similarly, the act of acknowledging and becoming aware of the communication potentials that eases and enables interaction, enhance the skills and satisfaction in the relational process, that encourages and promotes development (Feliciano, 2002).

Besides the family, the professionals who are responsible for providing support will also benefit from the reinforcement of enhancing communication. “Giving the direct intervention professional the opportunity to reflect upon his/her work, to think and talk about the interactions occurring with children and families, in a context of work meetings that are psychologically comfortable and safe, under the coordination of a supervisor, is crucial for the success of the intervention” (Santos, 2007, p. 170). Thus, it is important to build up the competences of these professionals in the “dimensions of stimulation, sensitivity and in the (promotion of) families' autonomy (...), in the context of the five core values that compose a desirable approach in EI: family centered, focused on relationships, based on strengths, ecological and reflective, and building the Competences Profile in EI Supervision” (op. cit., p. 172). Given the need to ensure that supervision is encouraging and based on strengths, VIG is an adequate instrument to develop enabling competences both in the team and the family (Spinusa, 2004).

Vermeulen (2006), reflecting on the occurrence of positive change, mentions Lambert's common factors, attributing 40% to the ‘client factor’, 30% to the ‘relationship factor’, 15% to the ‘hope and expectations factor’ and 15% to the ‘model and techniques factor’. Because video allows one to view a social reality objectively, it allows for a second chance to understand and reflect deeply on the positive change, enabling the understanding and agreement

between participants, benefitting the relationships between parent and child, parents and professional and between professionals. The frame-by-frame analysis of communication promotes a positive effect in the relationship with the client, affecting the 'relationship factor'. The intervention promotes the positive awareness of parents' interaction competences, as well as of the verbal and non-verbal signs involved in the way the child and parents communicate, resulting in an enhancement of the understanding between parents and their children, and in a more positive self-evaluation that encourages active work towards change, favouring the 'client factor'. Positive change in the perception of the child, of his/hers pedagogic competences, benefits, in parents, the 'hope and expectation factor'. Given the fact that the importance of the quality of communication existing in any model or program is universal, VHT/VIG becomes a high quality instrument used in support programs, its impact falling on the 'model and techniques factor'.

Feliciano (2002) assessed and confirmed the benefits of VHT/VIG in a Portuguese sample. In the (experimental) study, with intervention in maternity wards and at home, the effects in dimensions of parents and premature babies were assessed, with measures in T_1 (pre-intervention), T_2 (medical discharge) and T_3 (three months after medical discharge). The results confirm the existence of parental leadership and communication competences between parents and premature baby; benefits in depression ($>$ mothers T_3), perceptions ($>$ VHT), self-esteem ($>$ mothers), feelings and attitudes ($>$ mothers), weight gain and maternal feeding (at Neonatal Intensive Care Unit) in the intervention sub-groups. She concluded that VHT/VIG is pertinent and that there is a need for a multifaceted intervention, articulating relevant EI focal points: infants, family, professionals and the surrounding community.

3. Main goal and expected results

To carry out research in order to promote professional and relational competences in EI (direct intervention and supervision) using the VHT/VIG method, is the general goal we intend to attain with this project.

Given that in VHT/VIG the video feedback allows for the discussion and demonstration of how to enrich and develop basic communication, reinforcing it in parents, children and professionals (Feliciano, 2002), and that some values that guide it – partnerships with families, interventions in the home context, focusing on existing relational competences and respect for cultural diversity (I.I., 1992, p. 2-3) – are common to those of EI [develop a family centred, focused on relationships, based on strengths, ecological and reflective approach (Wollenburg, Campbell & Doan-Sampon, 1999; Santos, 2007)], the method is an excellent means to achieve this goal.

Thus, having in mind the objective of promoting an assessment culture and the consequent development of competences at all structural levels of EI, the intention is to create a research project in which the intervention focuses on three main subjects: supervisors and EI professionals, as reflective leaders and supervisors of local intervention teams (LIT), as well as interventionists in families; families, who promote conditions that enable the development of their children; and children, who enjoy the enabling conditions that are created. Firstly, we will focus on the training and direct supervision of supervisors and LIT professionals who participate directly in the intervention/training/supervision group; and indirectly on professionals who will be supervised. Secondly, we will focus on (indirect) intervention with the families who will be brought for supervision by their respective home visitors. Thirdly, we will focus on indirect intervention on children at risk of developmental delay – these being our main, final and emotionally dearest objective.

Thus, we hope to promote the development of competences of identification and analysis of the EI professionals/supervisors' communicational behaviours – in themselves, in professionals with whom they work and in the families for whose support they are responsible. Following the analysis and self-analysis of the situations/behaviours of communication seen at the various structural levels of EI (supervision and home visiting) and brought into the context of VHT/VIG training/supervision through video recordings, it is expected that:

- EI LIT supervisors and professionals participating in the group, will become aware of their communication potential, resulting in an increase of its actual use, both with other EI professionals who don't participate directly in the group, as well as with families to whom they provide support; these results will lead to better competences in Reflective Leadership (Parlakian, 2001) and in EI Supervision (Portugal & Santos, 2003a, 2003b; Santos, 2007), in higher levels of EI competences in the dimensions of stimulation, sensitivity and promotion of families' autonomy (Santos, 2007), as well as in lower levels of Vulnerability to Stress (23 QVS);
- LIT professionals will develop meta-cognition (self-awareness of the rituals of contact and micro-analysis of communication) about their own communication competences with families and their peers, thus promoting the

quality of their work, both in the team of peers and in the direct work with families being supported. These results will be made clear through the achievement of higher results in the dimensions of stimulation, sensitivity and promotion of families' autonomy ("EI professional's style"), as well as in lower levels of Vulnerability to Stress (23 QVS);

- When supported by better trained professionals, who are capable of handling the most important issues related to interpersonal communication and its use, the families of children at risk of developmental delay may develop communication and responsiveness competences which will better meet the needs of their children. These changes will be visible through empowerment and a higher ability to identify the needs and resources that are necessary to ensure the family's well being and functioning and in fewer symptoms of depression;

- Children at risk of developmental delay, involved with their main caregivers/families in relationships that are psychologically more nourishing (aligned with their emotional and cognitive needs), will have better opportunities for learning and development, resulting in higher developmental competences and levels of psycho-emotional and motor growth. Regarding these variables and bearing in mind that positive results in the "families subject" lead to positive results in child's development, we will aim to collect the available growth and development data from the respective individual records.

4. Methodology

4.1 General dispositions and hypotheses

As children at risk of developmental delay are usually subject to conditions of biological and environmental risk, there is clinical, social and political interest in preventing developmental delays. Families emerge as a major focus of the intervention in partnership, aiming for the empowerment and awareness of the competences that need to be promoted in a non-invasive, non-imposing way. This methodology uses the family's own resources and the relationship with the professional, and is facilitated by technical supervision on professional development, which helps to promote parental competences in an escalation of continuous efforts: the child is reinforced by parents, who are reinforced by professionals, who are reinforced by the EI supervisor, who in turn is reinforced by a VHT/VIG supervisor.

We outlined a Quasi-Experimental study, pre-test-post-test, with two non-equivalent control groups, with a sample conveniently organised by the EI structure of the district it belongs to, and an assessment carried out during the intervention. We used two control groups (one from the centre of the country, another from the southern region), allowing for two baseline measurements for the assessment of the intensity of the effects of VIG and VHT and an assessment done halfway through the intervention. Both measurements allow for the decrease in invalidity factors such as the selection and maturation of the subjects included in the sample (given that we have a group sample organised according to professional training and families involved and flagged as being at risk in a given geographical area, with distinct evolutionary, intervention and training processes) (Fortin, 2009). Thus, we have an intervention group (EI Aveiro), two control groups (EI Coimbra and EI Portalegre) and a selection of instruments that are adequate for each dimension to be measured according to the following hypotheses:

- VIG supervisors present favourable changes when compared to those in the control groups, in terms of vulnerability to stress, reflective leadership and in EI supervision competences;
- VHT and VIG professionals present favourable changes when compared to those in the control groups, in terms of vulnerability to stress and in the dimensions of stimulation, sensitivity and promotion of families' autonomy;
- Parents in VHT present favourable changes when compared to those in the control groups, in terms of depression symptoms and in the identification of relevant needs and resources for their families;
- Children in VHT present favourable changes when compared to those in the control groups, in terms of growth and development.

We started VHT/VIG [studied and under implementation in Portugal by Feliciano (2002)] with families, professionals and EI supervisors, after guaranteeing participation and research ethics and applying the instruments in T₀. The high instability and mobility of the elements of the EI Structures, both in the intervention and in the control groups, reflecting deep changes in Portuguese policies relevant to EI, led to consider what occurred previously to the 1st. March 2011, as pilot study. Then, in the first year and in the intervention group, we're having an initial training course, followed by practice, supervision and deepening of the knowledge on VHT/VIG in EI.

Afterwards, training and supervision will continue and the participants in the group will have the opportunity to improve their skills and competences having the institutional certification as VIGer in mind (participants will be able to request certification as VHT/VIG specialists).

4.2 Methods and Instruments

We will use questionnaires the *23 QVS* (Serra, 2008), *Self Assessment of Reflective Leadership* (Parlakian, 2001) and *EI Supervision Competences Profile* (Santos, 2007) to collect the data for the assessment of the dimensions identified in supervisors.

In order to assess the variables identified in home visitors, we will use the questionnaires *23 QVS* (Serra, 2008) and *Parameters for Self Assessment of Performance in EI, in an Experiential Perspective* (Santos, 2007).

The variables and dimensions identified in families will be assessed through the *Depression Scale of the Centre for Epidemiologic Studies* (CES-D) (Gonçalves et al., 2003), *Family Resources Scale* (Serra, Firmino, Ramalheira and Canavarro, 1983) and the *Inventory of Family Needs* (INF) (Bailey and Sieonsson, 1990).

Data on growth and development of children supported by EI professionals involved in the study are, respectively, those included in the individual health record (weight, height and head circumference) and those resulting from the application of the *Schedule of Growing Skills II* (Bellman, Lingam and Aukett, 2003), depending on availability.

The questionnaire *23 QVS* is a Likert-type scale with some reversed items. A value of 43 is the cut-off point above which a person is considered to be vulnerable to stress (Simões et al., 2008).

The *Self Assessment of Reflective Leadership* (Parlakian, 2001) is assessed using a questionnaire comprising 19 questions, distributed in a Likert-type scale from 1 to 3; in it, it is evaluated whether the answers are mostly 1's (related to new reflective supervision), 2's (not entirely related to new reflective supervision) or 3's (related to proficiency in the reflective exercise) (Parlakian, 2001).

The *EI Supervision Competences Profile* (Santos, 2007) is also a Likert-type scale, from 1 to 3, and comprises a minimum value of 34 and a maximum of 112.

The questionnaire *Parameters for Self Assessment of Performance in EI, in an Experiential Perspective* (Santos, 2007), consists of three categories, namely, *stimulation*, *sensitivity* and *autonomy* and, in each, professionals are graded on a scale of 1 to 5, assessing their perceptions of performance; the minimum value is 3 and the maximum is 15.

CES-D is a Likert-type scale from 0 to 4, comprising 20 items with four reversed items. It assesses the index of symptomatology and provides a cut-off point at a value of 20 (Gonçalves et al., 2003).

The *Scale of Family Resources* is a Likert-type instrument, from 1 to 5, comprising 12 items with 5 reversed items, and its grading is made so that the higher the score is, the better the family resources are (Canavarro, et al., 1993).

The *Inventory of Family Needs* (INF), also composed of a Likert-scale from 1 to 3, has a minimum value of 32 and a maximum of 96. The result obtained in the questionnaire corresponds to the value of the needs identified by families (Bailey & Simeonsson, 1990).

5. Results

Distributed among families and professionals of the EI Structures of Aveiro (intervention), Coimbra and Portalegre (both control), a set of data were obtained in the *pilot study phase*, which was then processed and analysed using the *Statistical Package for the Social Sciences, 18th version* (SPSS), being presented below:

5.1 Families

Regarding the number of families, there is a large mismatch between the number of families in Coimbra (n=93) when compared to Aveiro (n=28) and Portalegre (n=18): the number of families in Coimbra is more than twice the sum of Aveiro and Portalegre. Since the number of families in each district is not the same, the data will not be compared equitably and a record of descriptive statistics will be kept instead.

According to an analysis of figure 1, and comparing the mean value of *CES-D* for the three districts, we conclude that the district with the highest average of symptoms of depression among families is Aveiro, with Portalegre having the lowest average. All values are below the cut-off point that would indicate depression.

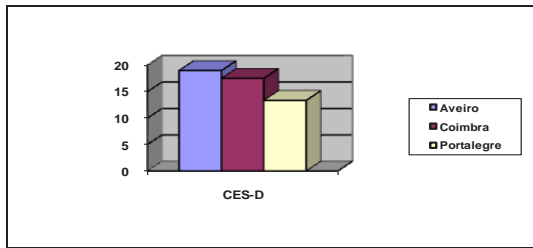


Figure 1. Distribution of results of *CES-D* in the three districts

Regarding the test of *Family Resources*, and according to the analysis of chart on figure 2, we find that Coimbra is the district where families higher and better identify resources, followed by Portalegre and finally Aveiro.

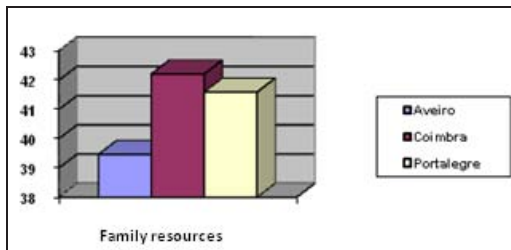


Figure 2. Distribution of results of Family Resources in the three districts

Regarding the survey carried out using the *Inventory of Family Needs (INF)*, and according to the analysis of chart on figure 3, we find that Coimbra is the district where families achieve a higher rating, followed by Aveiro and finally Portalegre.

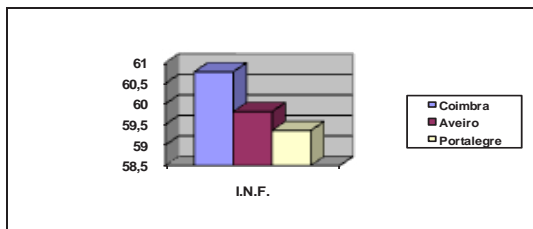


Figure 3. Distribution of results of the Inventory of Family Needs in the three districts

Analysing the data in each district, we find that, regarding Coimbra, where there was a sample of 93 responsible caregivers (mainly mothers) with a median 32 years of age (table 1) with regards to *CES-D*, the average (17.63) is below the cut-off point (20). Regarding the *Family Resources* questionnaire, the average of the perceived value (42.21) is above what would be a result of 3 on the Likert-type scale, a value that is between what would be an unfavourable and a favourable self-perception of the resources available to the family, therefore it corresponds to a perception leaning towards the positive side in the families from Coimbra. Regarding *INF*, the minimum value is 32 and the maximum is 96, showing that there are families for whom needs are very high and others that state they don't feel any kind of need. The average value of this questionnaire (60.78) is below the middle of the total needs that is possible to record through this instrument (64).

Table 1. Analysis of the results in the district of Coimbra

CES-D (n=90)	RecFam (n=92)	INF (n=93)	Age (n=75)	Kinship (n=85)
Average = 17.63	Average = 42.21	Average = 60.78	Average = 32.36	Mode = mother
Median=14	Median=43	Median=62	Median=32	
S.D. = 11.448	S.D. = 7.812	S.D. = 16.727	S.D. = 6.945	
Min. = 0	Min. = 18	Min. = 32	Min. = 18	
Max. = 54	Max. = 55	Max. = 96	Max. = 56	

In the district of Aveiro, with a sample of 28 responsible caregivers (mostly mothers), and a median of 26.5 years of age (table 2), we find that the *CES-D* average (19) is a little lower than the cut-off point (20). Regarding the *Family Resources* questionnaire, the average of the perceived value (39.46) is also above a result of mainly 3 on the Likert-type scale previously mentioned – therefore corresponding to a perception leaning towards the positive side for the families from Aveiro. Regarding *INF*, here the minimum value is 32 and the maximum is 85, showing that there are families whose needs are very high, though not reaching the maximum (96) and others that don't feel any kind of needs. The average value (59.81) is below half of the total needs that are possible to record with this instrument (64).

Table 2. Analysis of the results in the district of Aveiro

CES-D (n=26)	RecFam (n=28)	INF (n=26)	Age (n=26)	Kinship (n=28)
Average = 19	Average = 39.46	Average = 59.81	Average = 29.54	Mode = mother
Median = 20.50	Median = 40	Median = 59.50	Median = 26.50	
S.D. = 12.050	S.D. = 6.478	S.D. = 13.903	S.D. = 10.238	
Min. = 3	Min. = 22	Min. = 32	Min. = 16	
Max. = 46	Max. = 51	Max. = 85	Max. =46	

In the district of Portalegre, with a sample of 17 responsible caregivers (mainly mothers) and without data on kinship and age (table 3), we find that the average (13.35) is further below the cut-off point (20) when compared to the other districts. Regarding the *Family Resources* questionnaire, the average of the perceived value (41.59) is, again, above what would be a 3 on a Likert-type scale already mentioned – therefore corresponding to a perception leaning towards the positive side for the families of Portalegre. Regarding *INF*, here the minimum value is 32 and the maximum is 88, showing that there are families whose needs are high, though not reaching the maximum (96), and others who don't refer any kind of needs. The average value of this questionnaire (59.35) is below half of the total needs that are possible to record with this instrument (64), as in the other districts.

Table 3. Analysis of the results in the district of Portalegre

CES-D (n=17)	Rec.Fam. (n=17)	INF (n=17)
Average = 13.35	Average = 41.59	Average = 59.35
Median = 11	Median = 45	Median = 62
S.D. = 10.173	S.D. = 10.032	S.D. = 15.692
Min. = 1	Min. = 21	Min. = 32
Max. = 43	Max. = 56	Max. = 88

The data, following an analysis of descriptive statistics with the limitations of non-equivalent samples, present results which are generally within the average values and which do not indicate worrying changes in the three dimensions that were measured with the families residing in the three districts.

5.2 EI Professionals (home visitors and supervisors)

With regards to the home visitors, concerning the Coimbra group, only the questionnaire *Parameters for Self Assessment of Performance in EI, in an Experiential Perspective* was filled, with n=19 in this phase of the pilot study. We reached a minimum value of 12 and a maximum of 15 (table 4). This means there are technicians who

evaluate their performance as being at the maximum level, and others who evaluate their performance as being above the average value. Overall, the average value (13.95) is perceived to be almost at the maximum limit.

Table 4. Analysis of the results of technicians from Coimbra

Performance in EI (n=19)
Mean = 13.95
Median = 14.50
Std. Deviation = 3.354
Min. = 12
Max. =15

Regarding the group from Portalegre, there were 42 elements of which only 23 filled the questionnaire *Parameters for Self Assessment of Performance in EI, in an Experiential Perspective*. We find that the minimum value is 10 and the maximum is 15 – the latter being the highest possible value for performance (table 5). The average result for performance (14.22) almost reaches the maximum level.

Table 5. Analysis of the results of technicians from Portalegre

23 QVS (n=21)	Performance in EI (n=23)
Average = 32,10	Average = 14,22
Median = 31	Median = 13
S.D. = 7.860	S.D. = 4.400
Min. = 19	Min. =10
Max. = 56	Max. =15

We conclude that the self assessment made by the professionals with regards to EI performance on situation, sensitivity and (promoting) families' autonomy is very high in the districts of Coimbra and Portalegre.

Regarding the group of home visitors from Aveiro, there were only replies to the 23 *QVS* questionnaire, with n=15 (table 6). This questionnaire has a cut-off point at 43, and this group reached a minimum value of 25 and a maximum of 52. Regarding the average value (35.73), it is slightly below the cut-off point and, according to Adriano Vaz Serra (2008), this is due to an individual with a perception of “reasonable” regarding stress.

Table 6. Analysis of the results of technicians from Aveiro

23 QVS (n=15)
Average = 35.73
Median = 33
S.D. = 8.413
Min. = 25
Max. = 52

Regarding the group of Aveiro EI supervisors, we have a very small n (=3) (table 7), where the average reply to 23 *QVS* (27.33) is below the cut-off point (43). According to Adriano Vaz Serra (op. cit.), this average corresponds to individuals with a “reasonable” level of vulnerability to stress. Regarding the questionnaire *Reflective Leadership*, we find a supervisor whose replies consist mostly of 2's (reflective supervision not entirely new) and two supervisors whose replies consist mostly of 3's (proficient in reflective leadership). Only one supervisor from Aveiro filled the *EI Supervision Competences Profile* and obtained a score of 88, which is slightly below what is considered to be the maximum (112).

Table 7. Analysis of results of Supervisors from Aveiro

23 QVS (n=3)	Reflective Leadership (n=3)	Competences Profile (n=1)
Average = 27.33	1 = mainly 2's	Average = 88
Median = 30	2 = mainly 3's	Median = 88
S.D. = 9.292		Min. = 88
Min. = 17		Max. = 88
Max. = 35		

In the group of EI supervisors from Portalegre, we have an n which is also very low (=4) (table 8), where the average reply to the 23 QVS (33.5) is below the cut-off point (43). According to Adriano Vaz Serra (2008), this average corresponds to individuals with a “reasonable” level of vulnerability to stress. Regarding the questionnaire of *Reflective Leadership*, two supervisors replied mostly 2's (reflective supervision not entirely new) and two supervisors replied mostly 3's (proficient in reflective leadership). In *EI Supervision Competences Profile*, which comprises a minimum value of 34 and a maximum of 112, the values obtained are far from the minimum and maximum and the average reply is 74, which is a little above the average value for this questionnaire.

Table 8. Analysis of results of Supervisors from Portalegre

23 QVS (n=4)	Reflective Leadership (n=4)	Competences Profile (n=4)
Average = 33.50	2 = mostly 2's	Average = 74
Median = 31.50	2 = mostly 3's	Median = 72
S.D. = 13.675		S.D. = 8.386
Min. = 17		Min. = 63
Max. = 35		Max. = 89

These data indicate that the self assessment carried out by this small sample of supervisors does not reveal the existence of any indicators showing concern or important difficulties in fulfilling their supervisory role as measured in the three dimensions throughout this phase of the pilot study.

6. Conclusion

This action-research project has been allowing for the intertwining of the rationale and praxis of the Video Home Training / Video Interaction Guidance method with those of Early Intervention, thus confirming the original insight, which prompted us to conceive the project: the analysis and (re)construction of relational competences is a very exciting process and it is very relevant in terms of Early Intervention. The VHT/VIG method is revealed as assertive in this process of training and empowerment of professionals and families, putting into practice principles and values that had been formulated a long time ago but which need to be further explained through the practice with children at risk and their families. At this turning point in Early Intervention in Portugal, this sort of research may be revealing and leading the way for the construction of qualitatively superior practices in EI.

7. References

- Bailey, D. & Simeonsson, R. (1990). *Inventário de necessidades da família* (Translated by Serrano, A., PIIP Coimbra). Chapel Hill, NC: University of North Carolina.
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (2003). *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil – dos 0 aos 5 anos*, Lisboa, CEGOC – TEA Lda.
- Serra, V., Firmino, H., Ramalheira, C. e Canavarro, C. (1993). Recursos familiares e perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*.14, (2), pp. 85-91.
- Feliciano, F. (2002). *A Relação pais-infante prematuro vivida através do método canguru utilizando o video interaction guidance (VIG) na unidade de cuidados intensivos neonatais e o video hometraining (VHT) no domicílio*. Unpublished PhD dissertation in Clinical Psychology. Instituto de Educação em Psicologia da Universidade do Minho. Author's edition.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação (Fundamentals and stages of the research process)*. Loures: Lusodidacta.

Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L. & Machado, C. (2003). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Serra, V., Gonçalves, B. e Fagulha, T. (coords.). *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa*. Volume I, 2. Coimbra: Quarteto.

Graminha, S. & Martins, M. (1997). Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. *Medicina*, Ribeirão Preto, 30: 259-267, Abr./Jun. – as of 21 January 2009, at http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n2/condicoes_adversas_atraso.pdf

International Initiative (1992). *Don't Tell Them, Show Them*. Maastricht: Ed. International Initiative.

McWilliam, R. (2010). Early Intervention in Natural Environments: a Five-Component Model. *Early Steps*. <http://www.siskin.org/www/docs/112.180/,01-10-2010>.

Meisels, S., Shonkoff, J. (eds.) (1990). *Handbook of Early Childhood Intervention*. New York: Cambridge University Press, EUA.

Nugent, K. (2005). As necessidades comportamentais do bebé e da família. In Gomes-Pedro (Ed.). *Mais criança. As necessidades irredutíveis*. (1ª ed., pp. 125-142). Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria.

Parlakian, R. (2001). *Look, listen and learn: Reflective supervision and relationship-based work* (1ª ed.). Washington, DC: Zero to Three.

Portugal, G. & Santos, P. (2003a). A Abordagem Experiencial em Intervenção Precoce: na formação, supervisão e intervenção. *Psicologia*, Vol. 17, nº 1, pp. 161-177.

Portugal, G. e Santos, P. (2003b). Enabling and empowering Early Intervention Professionals – a reflective practice based on Experiential Education. In Laevers, L. & Heylen, L. (eds.). *Involvement of Children and Teacher Style*. Leuven: Leuven University Press, pp. 129-142

Santos, P. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de Intervenção Precoce*. Unpublished PhD dissertation in Education Sciences. Aveiro: Departamento de Ciências da Educação, Universidade de Aveiro.

Santos, P. (2009). Empowerment colectivo e corresponsabilização: palavras-chave em Intervenção Precoce. In Gabriela Portugal (org.). *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 117-126). Aveiro: Universidade de Aveiro. ISBN 978-972-789-282-2.

Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods. The Science of Early Childhood Development*. (1ª ed.) Washington, D.C.: National Academy Press.

Siegel, D. (1999). Relationships and the developing brain. *Child Care Information Exchange*, 11/99, pp. 48-51.

Simões, M. R.; Machado, C.; Gonçalves, M. M.; Almeida, L. S. (2008). (coords.). Escala de Avaliação da Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS) (Adriano Vaz Serra). *Avaliação psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa*. Volume III. Coimbra. Editora: Quarteto.

Spinusa (2004). Using technology in consultation: enhancing relationships. *Zero to three*. July 2004, Vol.24-6a – as of 21 January 2009 at <http://www.spinusa.org/manage.htm>

Turnbull, A., Turbiville, V., & Turnbull, H. (2000). Evolution of family-professional partnerships. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (1ª ed., pp. 630-650). New York: Cambridge University Press.

Serra, A. V. (2008). *Avaliação psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa*. Volume III. Coimbra. Editora: Quarteto.

Vermeulen, H. (2006). *Why does Video Interaction Guidance promote positive behaviour change when used as an intervention with troubled families and children?* In press, Amsterdam.

Wollenburg, K., Campbell, A., & Doan-Sampon, M.-A. (1999). *Growing: Birth to three*. (revised ed.). Portage: CESA 5.

7. Legislation

Decree-Law 281/2009, Diary of the Republic, 1st series — N^o 193 — 6 October 2009. 7298-7301.

I Congresso de Psicologia de Estarreja
 Gerações Cruzadas: olhares sobre a infância e a velhice | 10 e 11 Abril 2012

PROMOÇÃO DE UM SONO SAUDÁVEL EM CRIANÇAS

11 ABR 2012



Ana Allen Gomes
ana.allen@ua.pt
 Universidade de Aveiro
 Associação Portuguesa do Sono (direcção)

A importância de dormir bem

- ▶ Sono e saúde **física** (ex.: pico libertação hormona de crescimento durante o sono profundo)
- ▶ Sono, saúde **mental** e bem estar
- ▶ Sono, **desempenho** cognitivo e resultados **escolares**

Sono – o que é?

- diferente de mera ausência de vigília
- muito mais que período de descanso ou repouso
- não é um estado uniforme ou homogéneo

Concepção activa:

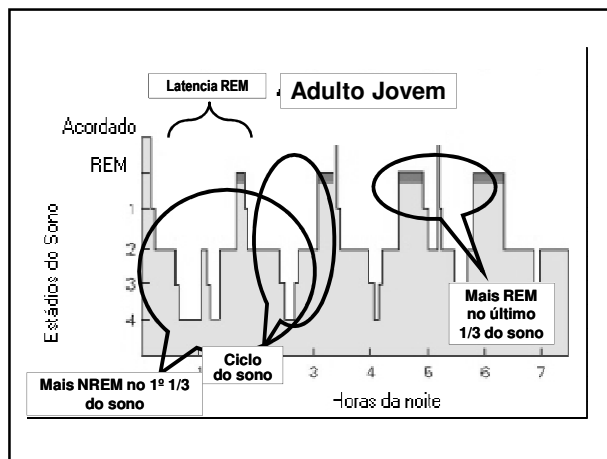
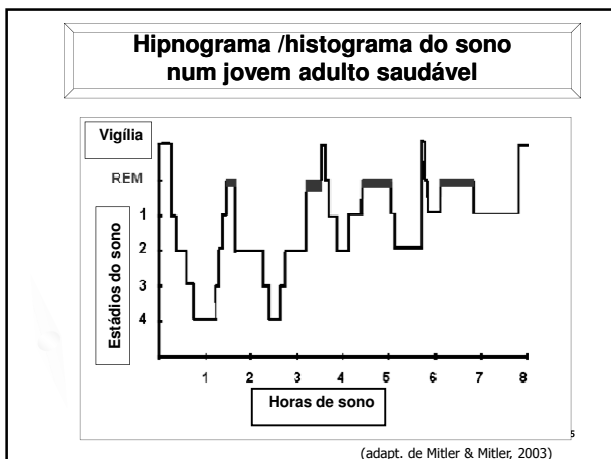
- ... um comportamento **dinâmico, cíclico e reversível** (Cursio et al., 2006)
- ... um estado **activo do cérebro** (Hobson, 1995)
- Estado com *características próprias e complexas variações* da actividade cerebral ao longo de vários *estádios*

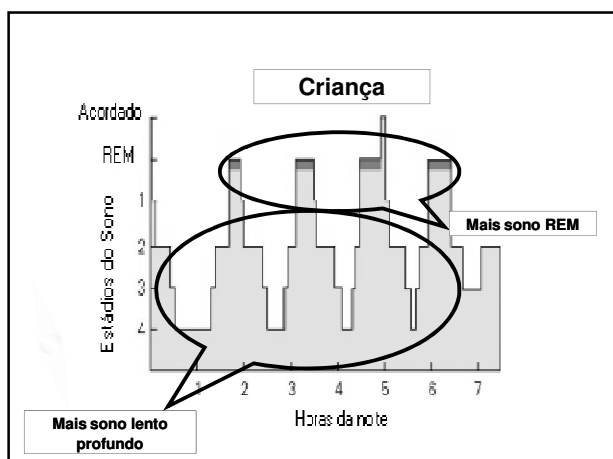
3

estádios do sono

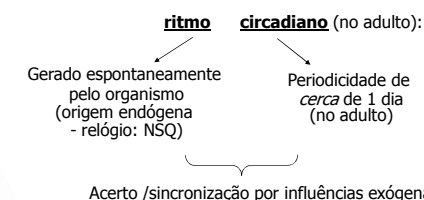
- ✓ NREM
 - Estádio 1
 - Estádio 2
 - Estádio 3 → sono profundo / delta / de ondas lentas
 - Estádio 4
- ✓ REM (Rapid Eye Movement) ou SONO PARADOXAL

4





O ritmo sono-vigília e seu acerto



sincronizadores (ou *zeitgebers*) mais importantes no ser humano:

- Ritmos **ambientais**, sobretudo ciclo natural **luz - escuro**
- Psicossociais e comportamentais: **rotinas sociais, domésticas, profissionais, hábitos de vida, ciclos de actividade-reposo**

(Silva et. al, 1996)

SONO e VIGÍLIA adequados dependem de **quanto e quando**
i.e.,
nº de horas adequado
no momento certo

Contudo, há variações...

- ... de pessoa para pessoa
- ... e na mesma pessoa, ao longo da vida

Diferenças inter-individuais *normais*

Quanto ao nº de horas de sono:

- padrão de sono longo
- padrão de sono médio (o mais frequente) [7-8 hr /noite no ADULTO]
- padrão de sono curto

Quanto à posição das acrofases nas 24 horas - tipo diurno:

- matutinos / madrugadores / cotivias
- intermédios [maioria da população]
- vespertinos / noctívagos / mochos

associações demonstradas com as horas dos picos máximos (acrofases) de vários ritmos circadianos

- sono-vigília
- temperatura corporal
- alerta subjectivo
- melatonina

10

Sono-vigília ao longo do ciclo de vida

RESUMO das principais modificações intra-individuais:

Duração de sono:

- ↓ progressiva desde infância até idade adulta, excepto:
↑ **adolescência**

Momento / fase nas 24 horas:

- na **adolescência**: atraso de fase => ↑ vespertinidade
- na **idade avançada**: avanço de fase => ↑ matutinitude

Ritmo:

- polifásico no recém-nascido ----> circadiano ----> ...

do nascimento à idade escolar

Nota prévia: As diferenças de sono de criança para criança são bastante marcadas (Benoit, 1991; Webb, 1990)

- ▶ Ao longo do desenvolvimento da criança há modificações do padrão de sono-vigília em vários parâmetros:
 - **ritmo**
 - **fases e arquitectura**
 - **duração**

do nascimento à idade escolar

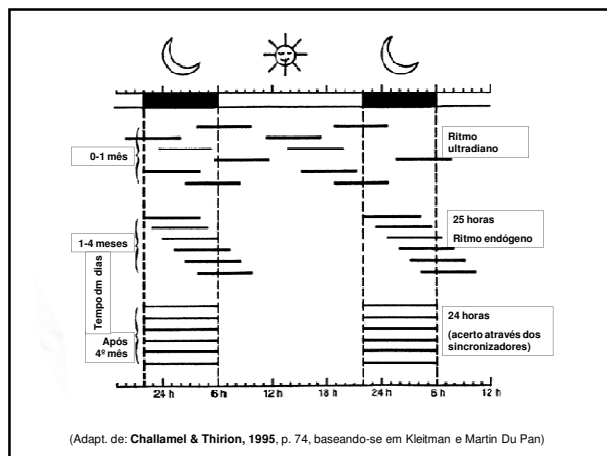
RITMO

Recém-nascido: ritmo sono-vigília polifásico /ultradiano

- ▶ estados de sono e de vigília alternam ciclicamente várias vezes nas 24 horas (2-3 hr a dormir; cerca 4 hr acordado);
- ▶ Ao longo de 24 horas cerca de 18 a 20 ciclos de sono
- ▶ Sem relação com ciclo natural dia-noite nem com rotina familiar de actividade-resposou.

Seis primeiros meses:

- ▶ desenvolve-se gradualmente um padrão circadiano, em que o sono nocturno passa a predominar em relação ao diurno



RITMO

- ▶ **entre os 6-9 meses e os 4 anos:** gradualmente, **sono concentra-se** claramente à noite.
- ▶ **Até aos 5-6 anos**, as **sestas** vão-se tornando pouco a pouco mais curtas e menos frequentes, até **desaparecerem**.
- ▶ **Após os 6 anos**, a criança mostra-se claramente **vigilante durante o dia e o sono está concentrado à noite**

(cf. e.g., Benoit, 1991; Clemente, 1997; Thirion & Challamel, 1995; Webb, 1990).

do nascimento à idade escolar

ESTÁDIOS & ARQUITECTURA

Nascimento

Tipos de sono (e.g., Brazelton & Sparrow, 2004; Clemente, 1997; Thirion & Challamel, 1995):

- sono calmo* - precursor sono NREM (duração média ~ 20 min)
- sono agitado / activo* - precursor sono NREM (duração variável, 10 a 45 min, média ~ 25 min)
- um terceiro tipo, *indiferenciado* (apenas 10% do tempo de sono), em que é difícil discernir se o bebé está acordado ou a dormir. Observa-se uma desorganização dos sonos calmo e agitado. Também é designado por *sono de "transição"*. Vai diminuindo à medida que o desenvolvimento avança.

ESTÁDIOS & ARQUITECTURA

Ao longo dos seis primeiros meses de vida, à medida que se dá a **maturação do SNC**:

- ▶ gradualmente, a estrutura do sono consolida-se e os **estádios do sono NREM** diferenciam-se
- ▶ a % de sono **REM é muito elevada à nascença** e vai diminuindo nos primeiros 6 meses de vida.
 - O decréscimo acentua-se entre os 2 e os 6 anos

ESTÁDIOS & ARQUITECTURA

- ▶ **Pelos 4-6 anos**, sono **profundo / de ondas lentas (E3 e E4 do sono NREM)** torna-se **predominante**

- o que ajuda a compreender que, pelos 3 anos, deixem praticamente de ocorrer acordares nocturnos, tão frequentes nos primeiros meses de vida, passando a constituir motivo de preocupação para os cuidadores fenómenos como os terrores nocturnos e o sonambulismo, durante o sono profundo (Clemente, 1997).

do nascimento à idade escolar

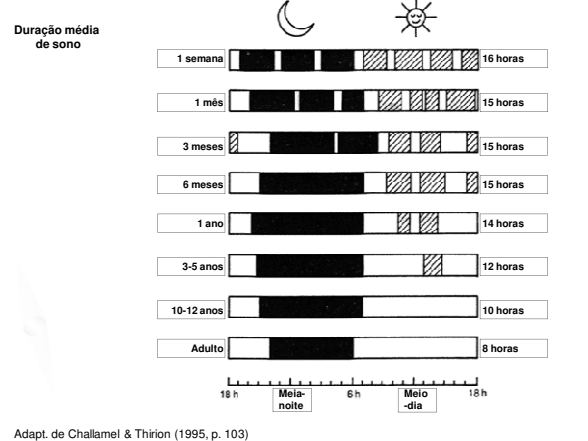
DURAÇÃO

N.B.: valores **médios** (pode diferir mtº de uma criança pª outra)

- ▶ Nascimento: duração de sono + elevada, 70% por 24 horas (vs. 25-30% no adulto)
- ▶ O tempo de sono diminui gradualmente ao longo de toda a infância
- ▶ Clemente (1997, citando Ferber, 1985) indica as seguintes médias aproximadas (durações diárias, i.e., por 24 horas):

16-17 hr	nascença
15 hr	~ 3-4 M
11-12 hr	3 - 5 A
10-11 hr	6 - 9 A *
9-10 hr	~ 10-11 A

*Já Benoit (1991) e Crépon (1985) apontam para **11-13 hr** de sono pelos **6-9 A**



DURAÇÃO

- ▶ **sono profundo** e duração de sono: claramente superiores em crianças em idade escolar (e adolescentes) do que no adulto – talvez porque o **pico de libertação da Hormona do Crescimento ocorre durante o sono profundo**.
- ▶ A diminuição da duração de sono do nascimento à idade adulta não é uniforme, p. ex.:
 - dos 2 aos 6 anos a duração do sono nocturno mantém-se praticamente igual, pois o que muda é o sono diurno (Benoit, 1991), i.e., a duração das sestas
 - **adolescência**: manutenção ou mesmo aumento (e não diminuição) da necessidade de sono

Sestas

- ▶ **3-4 M**: várias sestas durante o dia, total ~ 5 hr sono diurno
- ▶ **6M**: 1 de manhã e 1 a tarde (de 1-2 hr cada)
- ▶ **1A**: = , mas sestas mais curtas.
- ▶ **Até aos 2A**, muitas crianças deixam a sesta da manhã
- ▶ A sesta da tarde mantém-se **até aos 3-5 A, conforme a necessidade de cada criança**
- ▶ **Após deixar sestas**, a criança continua a necessitar de *espaços regulares de descanso*, especialmente depois de almoço – recomenda-se actividades calmas, sem grande actividade física (ex.: ler, brincar sozinha)

na adolescência

principais transformações no ritmo de sono-vigília na **adolescência**

- ↑ **necessidade de duração de sono: média ~ 9hr30min**
- ↑ **vespertinidade** / ↓ matutividade, com tendência a deitar e levantar mais tarde do que anteriormente

Não esquecer...

- ▶ Num mesmo momento do desenvolvimento, existem enormes variações de indivíduo para indivíduo
- ▶ Há grandes diferenças no *ritmo* do desenvolvimento de um indivíduo para outro (Webb, 1990), por exemplo, um bebé que inicialmente apresenta uma elevada necessidade de sono poderá a partir de determinado momento mostrar uma maturação rápida e manifestar menor necessidade, comparativamente com outro que apresentava uma necessidade de sono média mas cuja maturação se fez de modo mais lento

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias para dormir melhor

A listagem de regras a seguir apresentada aplica-se a **ADULTOS, ADOLESCENTES e CRIANÇAS de idade escolar** (não necessariamente a *bebés* nem a crianças pequenas*)

SONO e VIGÍLIA adequados dependem do **quanto** e do **quando**, i.e., **nº de horas e momento** correctos

* Há um conjunto de **regras** de promoção de um bom sono em bebés e crianças pequenas (2, 3, 4 anos), nem sempre concordantes com as que a seguir se apresentam.

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

- **ESSENCIAL: Criar uma rotina agradável à hora de deitar** e segui-la de modo consistente todas as noites (ex.: vestir o pijama, lavar os dentes, ler / contar uma história)

- **Deitar-se a horas certas** todos os dias, mas...

- **Não ir para a cama sem sono**, ou seja:

Adultos / Adolescentes: se tiver dificuldades em adormecer, é melhor ir para a cama só quando tiver sono e não porque são horas de ir dormir

Crianças (o que os pais devem fazer):

1. se a criança já está há cerca de meia hora na cama às reviravoltas, é melhor sair da cama, realizar uma actividade pouco estimulante (ex.: ler; ouvir uma história calma) e voltar à cama passados uns 20 mins. Isto impede que a cama se associe a insónia. Repetir as vezes que forem necessárias.

26

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

CONTINUAÇÃO

- Crianças (o que os pais devem fazer):

2. Se a criança nunca mostra cansaço ou sonolência à hora planeada de deitar, experimente temporariamente o seguinte:

- numa 1ª fase, passar a H.D. para 30 min mais tarde, até encontrar a hora em que a criança mostra sonolência, para que ela possa então adormecer mais rapidamente quando chega à cama;
- numa 2ª fase, já poderá gradualmente ir colocando a criança na cama mais cedo (ex: 15 min mais cedo a cada noite), até alcançar o horário desejado

27

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

Outras dicas para crianças à hora deitar (o que os pais devem fazer):

- Nem sempre a criança quer ir para a cama. **Cabe aos pais definir limites razoáveis** à hora de deitar (tal como o fazem para as refeições, p.ex) e ajudar a criança na transição da vigília para o sono.
- A criança deve ser **colocada na cama sonolenta**, mas não adormecida. Ou seja, é bom que a criança associe sistematicamente o adormecimento à sua cama (deixar a criança adormecer noutros locais, como sala ou cama dos pais, pode criar hábitos difíceis de eliminar)
- As crianças mais novas podem dormir melhor tendo um **objecto de conforto** (ex.: ursinho, boneca), que as faça sentir em segurança quando estão sozinhas na cama sem os pais.

28

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

- **Levantar-se a horas certas todos os dias** (marcar o despertador para a mesma hora). NOTAR: ritmo sono-vigília é acertado pela hora de acordar.

- **Não prolongar excessivamente o tempo na cama**
O número de horas na cama deve ser equivalente ao número de horas de sono que precisa (regra a ajustar no caso dos insones)

29

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

- **Reservar a cama (se possível quarto) apenas para dormir** não fazer actividades que nada têm a ver com o sono (ex.: estudo, trabalho, computador, telemóvel, jogos *play-station*), incluindo ver TV na cama
- Antes da hora de deitar **interromper** actividades activadoras (ex.: jogos de computador), ou que exijam **esforço mental ou físico**, bem como situações **emocionalmente perturbadoras** (ex.: conflitos familiares, problemas na escola)
- Desligar telemóveis, computadores, etc (ou pelo menos, em modo de silêncio)
- Não permitir que ocorram na cama **actividades cognitivas** activadoras, como pensar em preocupações, ruminar, rever o dia, planejar coisas, procurar soluções, etc.

30

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

- **Não se esforçar por dormir** (incompatível com o sono).
 - Procurar pensar em coisas **agradáveis** e **relaxantes**, ou até aplicar uma técnica de relaxamento à hora de deitar
 - *Se acordar durante a noite e não conseguir re-adormecer, sair da **cama/quarto**, ocupar-se com uma actividade monótona, voltar à cama quando sentir sono.*
- >>> Repetir tantas vezes quantas as necessárias
- **Não ver as horas**

31

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

DURANTE O DIA:

- Praticar regularmente **exercício físico**
... mas N.B.: não perto da hora deitar (ideal: até 6hr antes, no máx até 3hr antes)
- Manter-se **activo/a**
- Expor-se à **luz solar**, no momento certo (Manhã: antecipa o ritmo☺. Tarde: atrasa ritmo ☹)
- Deve-se dormir **sesta?** ----- [ver diapositivo seguinte] ----->

32

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

SESTAS DURANTE O DIA:

ADULTOS, ADOLESCENTES, CRIANÇAS MAIS VELHAS:

- **Evitar sestadas.** *Não repousar* na cama/sofá durante dia (regra indispensável p^a insones).

CRIANÇAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR ATÉ AOS 5-6 ANOS:

- **Respeitar** a necessidade individual de cada criança: umas crianças precisam e devem dormir sesta. Outras não.

N.B.: Tal como o sono nocturno, também a sesta deve seguir horários certos de dia para dia.

33

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

- *Meio ambiente de dormir* : cama e almofada confortáveis; temperatura, ruído e iluminação adequados, i.e.:
- Local de dormir com temperatura constante e nem demasiado quente, nem demasiado frio;
- Reduzido ruído
- Iluminação: à noite, para preparar para o sono, reduzir ao máximo a iluminação artificial de casa (ex.: desligando luzes; usando iluminação de baixa potência)

34

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

- **Evitar álcool, tabaco, cafeína/teína** (café, chá preto, coca-cola, «icetea», chocolate preto),... à noite.
- **Evitar** refeições "pesadas" à noite.
- *Diminuir ingestão de líquidos a partir do final da tarde.*

As regras de higiene de sono podem fazer milagres pelo seu sono. Contudo, se acha que tem dificuldades de sono procure uma consulta especializada.

35

Regras de Higiene do Sono e outras estratégias

Notas Finais:

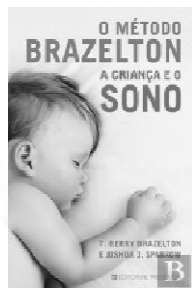
A higiene de sono tem de ser cuidadosamente **adaptada a cada pessoa**, pois determinadas regras não são aplicáveis a todos os casos.

De acordo com os especialistas de sono, apenas devem ser aplicadas, de cada vez, 3-4 regras de sono, bem adaptadas ao caso em particular da pessoa

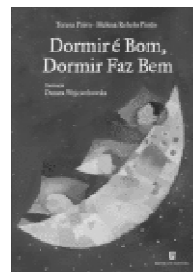
36

Livros muito úteis para pais, em português (ou em língua acessível...)

Bebés, crianças de idade pré-escolar e escolar



De autores portugueses



Alguns sítios úteis na Internet

[Sleep Home Pages](#)
[National Sleep Foundation](#)
[ESRS \(European Sleep Research Society\)](#)
[AASM \(American Academy of Sleep Medicine\)](#)
[Associação Portuguesa de Sono](#)

Obrigada pela vossa atenção!

Nota Curricular

Ana Cardoso Allen Gomes é Licenciada e Mestre em Psicologia (área de especialização em Psicologia Clínica) pela Universidade de Coimbra e Doutorada em Ciências da Educação pela Universidade de Aveiro, onde realizou uma tese sobre o ritmo de sono-vigília dos estudantes universitários e sua relação com o sucesso académico e o bem estar psicológico. Actualmente é Professora Auxiliar na Universidade de Aveiro (UA), onde tem leccionado disciplinas sobre psicologia da educação e do desenvolvimento, processos psicológicos básicos (atenção, percepção, memória, emoção, motivação) e metodologia da investigação. De momento é directora da comissão de curso da Licenciatura em Psicologia da UA. Durante cinco anos colaborou com a Consulta de Distúrbios do Sono dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Entre os seus interesses de investigação, o sono ocupa um lugar central. Tem integrado projectos de investigação financiados neste campo e é autora/co-autora de dezenas de trabalhos apresentados em congressos de sono, nacionais e sobretudo internacionais, muitos dos quais publicados em livros de actas e em revistas científicas, sob a forma de *abstract* ou de artigo científico. Pertence à Associação Portuguesa do Sono (actualmente é membro da direcção) e à Sociedade Europeia de Investigação sobre o Sono (*European Sleep Research Society*).



ORIGENS DO SER
Centro Terapêutico Educacional e Bem Estar
Aveiro
Terapeuta da Fala
Mariana Cirne

FALAR (de) CRESCER

A Terapia da Fala na Infância

Falar / Crescer



Índice

- O que faz o Terapeuta da Fala?
- Com quem trabalha?
- O que trabalha com as crianças?
- Quais as causas das perturbações?
- Sinais de Alerta
- Conclusão
- Bibliografia

O que faz o Terapeuta da Fala?

- O Terapeuta da Fala é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, tratamento e estudo científico da comunicação humana e perturbações relacionadas.


(CPLOL)

Com quem trabalha?

Adultos	Crianças
Voz	Linguagem
Gaguez	Motricidade oral
Comunicação Interação	Deglutição
	Leitura e Escrita
	Fala

O que trabalha com as crianças?

Fala



- Capacidade de produzir sons e sequências de sons, através de ar modelado pelos articuladores:
 - Língua
 - Dentes
 - Bochechas
 - Lábios
 - ...

O que trabalha com as crianças?

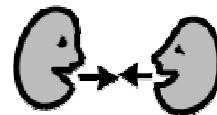
Linguagem



- Permite-nos organizar os sons da fala em sequências com significado.
- Capacidade de exprimir os nossos desejos, necessidades, pensamentos e sentimentos.

O que trabalha com as crianças?

Comunicação Interação



- Meio através do qual os indivíduos expressam, partilham, aprendem, informam, descobrem...
- Implica a interação com um interlocutor e pode ser:
 - oral
 - escrita
 - através de olhares, gestos e expressões faciais e/ou corporais.

O que trabalha com as crianças?

Leitura e Escrita



- Vertente escrita da linguagem; permite representar por signos gráficos os sons da língua e assim transmitir ideias, sentimentos, pensamentos no papel.

O que trabalha com as crianças?

Motricidade oral



- Capacidade motora das estruturas responsáveis pelas funções orais: língua, lábios, bochechas, mandíbula ...

O que trabalha com as crianças?

Voz



- Meio pelo qual o ser humano produz alguns sons da fala, que consiste na passagem de ar pulmonar pelas pregas vocais.

O que trabalha com as crianças?

Gaguez



- Produção de discurso não fluente; pode ser uma fase transitória no desenvolvimento da linguagem ou permanente

O que trabalha com as crianças?

Deglutição



- **Ato de mastigar e engolir os alimentos para uma nutrição eficiente.**

Quais as causas das perturbações?

• Perturbação de Fala

– Perturbação articulatória

- O som é produzido incorretamente em todos os contextos

– Perturbação fonológica

- Dificuldade em aprender e organizar os sons necessários para uma articulação clara



- Alterações da motricidade oral
- Deficit auditivo
- Meio ambiente pouco estimulante

Quais as causas das perturbações?

• Perturbação de Linguagem

- » Deficit auditivo
- » Atraso Global do Desenvolvimento
- » Deficiência Mental/Síndromes
- » Meio ambiente pouco estimulante

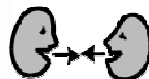


- Pais ausentes
- Pais superprotetores

Quais as causas das perturbações?

• Perturbação de Interação/comunicação

- » Autismo
- » Cegueira
- » Deficit auditivo
- » Meio ambiente pouco estimulante



- Pais ausentes
- Pais superprotetores

Quais as causas das perturbações?

• Perturbação da Leitura e Escrita

- » Deficit de Consciência Fonológica
- » Perturbação da Articulação dos sons
- » Má Discriminação auditiva
- » Perturbação/atraso da linguagem



Quais as causas das perturbações?

• Alterações de Motricidade Oral

• Alterações das funções orais

- » Respiração
- » Deglutição

• Maus hábitos orais

- » Sucção do dedo ou chupeta
- » Roer as unhas



Quais as causas das perturbações?

• Alterações de Voz

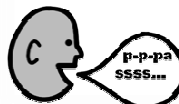
- » Maus hábitos vocais
- » Esforço vocal
- » Alterações de ressonância
 - exemplo: fenda palatina



Quais as causas das perturbações?

• Perturbação da Fluência - Gaguez

- » Pressão dos cuidadores
- » Medo de errar
- » Evolução rápida na linguagem



Quais as causas das perturbações?

• Perturbação da Deglutição

- » Introdução tardia da alimentação sólida
- » Hipersensibilidade
- » Alterações da função
- » Fenda palatina
- » Traumas com determinados tipos de alimentos



Sinais de Alerta

• 0-6 meses

- Não reage aos sons
- Não faz contacto ocular
- Não sorri

• 6-12 meses

- Não reage ao seu nome
- Não produz sons (ex: sílabas com "m" e "p")
- Não reage a sons familiares (som do telefone...)

[Rebello, 2006; CPLOL, 2012]

Sinais de Alerta

• 12-18 meses

- Não usa palavras isoladas
- Não reage quando interagem com ele
- Não imita ações do adulto

• 18-24 meses

- Não produz mais do que 5 palavras
- Não compreende ordens simples
- Não diz o seu nome

[Rebello, 2006; CPLOL, 2012]

Sinais de Alerta

• 2-3 anos

- Não combina 2 palavras para fazer uma frase (ex: quero pão)
- Não brinca ao faz de conta
- Não conhece os conceitos grande, pequeno e muito
- Não identifica as funções dos objetos do dia-a-dia

[Rebello, 2006; CPLOL, 2012]

Sinais de Alerta

- **3-4 anos**
 - Utiliza um discurso não perceptível pela generalidade das pessoas
 - Usa mais gestos do que palavras para comunicar
 - Não conhece as cores primárias
 - Não sabe contar até 5

[Rebello, 2006; CPLOL, 2012]

Sinais de Alerta

- **4-5 anos**
 - Não descreve acontecimentos do dia-a-dia
 - Omite, substitui ou distorce sons de sílabas simples (ex: trocar “f” por “t”, “b” por “p”...)
 - Não compreende perguntas com os pronomes “Quem”, “Onde” e “O que”.

[Rebello, 2006; CPLOL, 2012]

Sinais de Alerta

- **5-6 anos**
 - Não descreve uma história
 - Utiliza frases mal estruturadas
 - Não se exprime de forma fluente (Gaguez)
 - Pronuncia mal as palavras

[Rebello, 2006; CPLOL, 2012]

Sinais de Alerta

• Perturbação de Voz

- Fica facilmente rouca
- Fala no limite expiratório
- Perda de potência na voz
- Tosse/pigarreio constante
- Dor de garganta

ORL

Sinais de Alerta

- **Deglutição**
 - **Primeiros meses**
 - » A criança não pega ao peito
 - **Mais de 12 meses**
 - » A criança não come de “tudo”
 - » Engasga-se frequentemente
 - » Tem hipersensibilidade a determinados alimentos

Conclusão

- **A criança imita o que vê, e cresce à nossa imagem, por isso somos responsáveis pelo seu desenvolvimento e por lhe dar as ferramentas necessárias**

- Estimulos
- Responsabilidades



Bibliografia

- Boletim de saúde infantil e Juvenil, Ministério da Saúde, modelo n.º1396
- CPLOL, 2012
- Rebelo, A. C., & Vital, A. P. (2006). Desenvolvimento da Linguagem e Sinais de Alerta: Construção e Validação de um Folheto Informativo. *Re(habilitar) - Revista da ESSA*, 2, 69-98.
- Lousada, M. L. (2012). *Alterações Fonológicas em crianças com Perturbação da Linguagem. Tese de Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade de Aveiro, Aveiro.*

PROGRAMA DE ANIMAÇÃO DE RECREIOS

Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

I Congresso de Psicologia
Cine Teatro de Estarreja | 11 de abril de 2012

Programa de Animação de Recreios



Realizado desde 2007 com a colaboração da escola Básica e Secundária Ferreira de Castro de Oliveira de Azeméis, o Programa de Animação de Recreios surge como resposta à necessidade de tornar estes momentos mais atrativos e pedagogicamente mais ricos, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de competências sociais, evitando comportamentos agressivos.

Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios



Para a animação destes tempos recorremos aos jogos tradicionais reconhecendo a sua forte componente dinâmica de valorização do espírito de equipa, da comunicação, da concentração e da relação interpessoal.

Pretende-se proporcionar momentos de divertimento e de prazer através de propostas lúdicas que recuperam os jogos tradicionais, enquanto espaços e práticas da memória da cultura popular.

Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios



Objetivos

- Quebrar a rotina face às atividades letivas;
- Valorizar a cultura popular e as tradições;
- Promover o convívio saudável e responsável entre alunos;
- Estimular a aprendizagem de competências sociais a partir do jogo;
- Contribuir para o decréscimo da violência no espaço escolar.

Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios



Duração

Desde 2007 que o programa é realizado todas as terças-feiras do 2º período, no intervalo da manhã. No total são cerca de 10/11 dias destinados à implementação do programa.

Destinatários

Alunos das escolas do 1º ciclo do Município de Oliveira de Azeméis.

Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis


Programa de Animação de Recreios



Regulamento Geral (2007 a 2011)

- Realiza-se um circuito constituído por 4 jogos tradicionais;
- As equipas deverão ter um total de 6 elementos, em representação de todo o grupo escolar. A Divisão Municipal de Educação sugere a realização de um sorteio, a ser efetuado atempadamente pelo(s) professor(es);
- As crianças que não participam diretamente nos jogos deverão, com o apoio dos professores e auxiliares, formar claques de apoio às equipas;


Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios 

Regulamento Geral (2007 a 2011) (cont.)

- Cada equipa deve ter um nome para identificação e deverá ser acompanhada por um professor e/ou auxiliar;
- No final do circuito, ganha a equipa que contabilizar mais pontos;
- Em caso de empate, as equipas realizam o jogo da corda para apurar a equipa vencedora.


Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios 

Regulamento Geral (2012)

- Realiza-se um circuito constituído por 4 jogos tradicionais;
- As equipas deverão ter um total de 5/6 elementos (uma sessão por turma);
- Cada turma deverá ser acompanhada por um professor e/ou auxiliar;
- No final do circuito, ganha a equipa que contabilizar mais pontos;
- Em caso de empate, as equipas realizam o jogo da corda para apurar a equipa vencedora.

Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis


Programa de Animação de Recreios 

Parceria

Colaboração da turma do 2º ano do curso profissional Animador Sociocultural da Escola Básica e Secundária Ferreira de Castro.

Constituição de quatro grupos de alunos distribuídos pelos dias calendarizados para a realização da atividade.

Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios 


Divulgação

Através da plataforma de comunicação www.edveduca.com é enviada a informação para todas as escolas do município, com a ficha de inscrição e o regulamento do programa.

As escolas interessadas em participar fazem-nos chegar a respetiva ficha de inscrição.

Estando estabelecido um número máximo de dias/sessões para a dinamização da atividade, são deferidas as inscrições por ordem de chegada.


Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios 

Materiais

2 Sacos de corrida;	1 Lenço;
1 Conjunto de malhas;	3 Marcadores amarelos;
10 Arcos;	4 Marcadores laranjas;
1 Cone;	1 Apito;
2 Skis de verão;	4 Quadros/registos de pontuação.
2 Cordas;	


Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios 

Jogos Tradicionais

Corrida de Sacos

Os elementos do grupo ficam na partida do jogo, em fila. O primeiro coloca-se dentro do saco. Ao sinal do controlador, percorre a distância marcada e volta à partida. Quando chegar, entrega o saco ao elemento seguinte que deve efetuar o mesmo trajeto. Cada volta vale um ponto.




Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios

Azeméis
e educação

Jogo da Malha

Os elementos do grupo ficam na partida do jogo, em fila. O primeiro lança a malha tentando derrubar o meco. Sempre que o meco é derrubado o controlador conta como um ponto.




Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios

Azeméis
e educação

Skis de Verão

Formam-se pares com todos os elementos do grupo. Ao sinal do controlador, cada par, na sua vez, realiza as seguintes habilidades: coloca os pés em cima dos skis e tenta caminhar sem perder o equilíbrio, percorrendo a distância marcada voltando à partida. Cada volta vale um ponto.




Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios

Azeméis
e educação

Jogo dos Arcos

Os elementos da equipa encontram-se em fila, atrás da sua linha de partida. O primeiro elemento da equipa terá de atirar o arco com o objetivo de acertar no cone. Cada arco à volta do cone vale um ponto.



Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios

Azeméis
e educação

Jogo da corda (em caso de empate)

Neste jogo estarão as 2 equipas frente a frente segurando uma corda, na qual será pendurado um lenço de cor para demarcar o meio. Ambas as equipas terão de puxar a corda para o seu lado, de modo a que o lenço ultrapasse o limite marcado no chão. Ganha a equipa que conseguir transpor o lenço para o seu lado.

Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios

Azeméis
e educação

Calendarização

Escola	Turmas	Nº Alunos	Nº de sessões/dias	Data da sessão	Responsável
EB1 UI	1º ano - 14	57	2/1 dia	10-01-2012	Mª Ercília Silva
	2º ano - 16				
	3º ano - 13				
	4º ano - 14				
EB1 Cruzeiro	1º ano - 22	22	2/1 dia	17-01-2012	Idalina Fazenda
EB1 Alvão	2º ano - 14	44			
	3º ano - 16				
	4º ano - 14				
EB1 Faria de Baixo	1º ano - 19	62	4/2 dia	24-01-2012 31-01-2012	Francisco Fonseca
	2º ano - 11				
	3º ano - 16				
	3º ano - 17				

Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis


Programa de Animação de Recreios


Azeméis
e educação


Calendarização (cont.)

Escola	Turmas	Nº Alunos	Nº de sessões/Dias	Data da sessão	Responsável
EB1 Areal	2º ano A - 16	30	2/1 dia	07-02-2012	Clara Almeida
	2º ano B - 14				
EB1 Macieira de Sarnes	1º ano - 18	54	3/1 dia	14-02-2012	Clara Almeida
	2º e 3º ano - 19				
	4º ano - 17				
EB1 Casalmarinho	1º A - 23	89	4/2 dias	28-02-2012 06-03-2012	Clara Almeida
	3º A - 21				
	3º B - 23				
	4º A - 22				
EB1 Pindelo	T2 - 20	61	3/1 dia	13-03-2012	Sandra Milheiro
	T3 - 19				
	T4-22				
EB1 Madail	T1 - 20	41	2/1 dia	20-03-2012	Vera Tavares
	T2 - 21				

Divisão Municipal de Educação | Município de Oliveira de Azeméis

Programa de Animação de Recreios		
Resumo da participação		
9 escolas inscritas;		
10 dias;		
22 sessões;		
461 participantes.		
Divisão Municipal de Educação Município de Oliveira de Azeméis		

Programa de Animação de Recreios		
Avaliação		
Aplicação de um questionário que visa avaliar o grau de satisfação relativamente ao projeto.		
Divisão Municipal de Educação Município de Oliveira de Azeméis		

Programa de Animação de Recreios					
		Totalmente Insatisfatório	Insatisfatório	Satisfatório	Totalmente Satisfatório
Qualidade do projeto/evento	a) À organização da atividade				8
	b) Ao espaço em que decorreu a atividade				8
	c) Ao dia/hora de realização				8
Avaliação da comunicação	a) Aos métodos e meios de divulgação do projeto / atividade				8
	b) À inscrição				8
	c) À informação prestada na preparação e da atividade				8
Avaliação da participação e da motivação	a) Ao desempenho dos participantes				8
	b) À satisfação pela participação				8
	c) Ao interesse em continuar a participar				8
Total		0	0	0	72
Percentagem		0,00%	0,00%	0,00%	88,88%
Divisão Municipal de Educação Município de Oliveira de Azeméis					