



ESCOLA SUPERIOR
DE EDUCAÇÃO
DE LISBOA



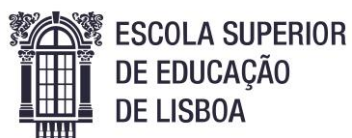
**POLITÉCNICO
DE LISBOA**

**IMPLEMENTAÇÃO DE CONSULTA PEDAGÓGICA PARA
CRIANÇAS DOS 0 AOS 6 ANOS NO CENTRO DE
NEURODESENVOLVIMENTO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA**

Maria Elisabete Vaz

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para obtenção de grau de mestre em Educação de Infância - Especialidade Intervenção Precoce

2019



**IMPLEMENTAÇÃO DE CONSULTA PEDAGÓGICA PARA
CRIANÇAS DOS 0 AOS 6 ANOS NO CENTRO DE
NEURODESENVOLVIMENTO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA**

Maria Elisabete Vaz

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para obtenção de grau de mestre em Educação de Infância - Especialidade Intervenção Precoce
Orientadoras: Prof. Doutora Anabela Faria e Prof. Doutora Marina Fuertes

2019

*“O Respeito é um dos caminhos para se aprender
a conviver com as Diferenças...”*

Lino de Macedo *Pensador*

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de mestrado é uma longa viagem, que inclui uma trajetória permeada por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, mas apesar do processo em nada calmo, consegui o apoio de algumas pessoas, indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento da caminhada.

Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, a quem dedico especialmente este projeto de vida, especialmente às minhas orientadoras, Professora Doutora Anabela Faria e Professora Doutora Marina Fuertes, que sempre acreditaram em mim. Agradeço a orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, passo por passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado.

Aos meus colegas de equipa, que sempre me apoiaram e ajudaram.

Às minhas Crianças/ famílias, que muito deram também de si para este projeto se concretizar.

À minha Família, especificamente a minha mãe e marido, agradeço o apoio e motivação incondicional que ajudou a tornar este trabalho uma válida e agradável experiência de aprendizagem. Às minhas irmãs por me ajudarem nos momentos mais complicados e por fim, mas não menos importante a cada um dos meus filhos em particular e à minha Filha Maria em especial por me ter acompanhado neste percurso académico. E por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

A todos o meu MUITO Obrigada!!

RESUMO

As práticas suportadas na evidência empírica são desenvolvidas com base em estudos empíricos decorrentes das práticas, nesta tese apresentamos um projeto com base na revisão de literatura.

O projeto decorre no Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, onde existe uma área educativa composta por uma educadora de infância fazendo parte da equipa multidisciplinar. A intervenção precoce é fundamental nas crianças de risco, com atrasos ou perturbações do neurodesenvolvimento. Ao longo do tempo foi sendo aferida, pela equipa, a necessidade de um apoio específico individualizado com estas crianças e famílias. Assim e após a aplicação de um questionário aos 12 elementos da equipa, identificou-se a sua carência e foi implementada uma consulta pedagógica para crianças dos 0 aos 6 anos. Foi ainda questionado a um grupo de 50 famílias ou cuidadores a necessidade desta consulta e ainda o seu grau de satisfação enquanto utentes. A resposta a estes questionários indicou-nos o interesse dos inquiridos na continuidade desta consulta e apresentando diversas vantagens para as famílias e crianças acompanhadas. Os inquiridos também nos indicaram sugestões para a prática centrada na família. Em suma, concluímos que a implementação desta consulta orientada por princípios de transdisciplinaridade, centrada na família, numa ação preventiva e precoce é uma mais-valia, promovendo novas competências junto das crianças e das famílias, melhorando o seu desenvolvimento e minimizando as suas dificuldades

Palavras-chave: Intervenção Precoce, Criança, Família, Papel do Educador, Intervenção no Hospital

ABSTRACT

The practices supported by empirical evidence are developed on the basis of empirical studies derived from practices, in this thesis we present a project based on the literature review. The project takes place in the Center of Neurodevelopment of the Hospital of Santa Maria - Lisbon North Hospital Center where there is an educational area composed of a kindergarten teacher who is part of the multidisciplinary team.

Early intervention is essential in at risk children with delays or neurodevelopmental disorders. Over time, the team assessed the need for specific individualized support with these children and families. Thus, and after the application of a questionnaire to the 12 team members, their need was identified and a pedagogical consultation was implemented for children from 0 to 6 years. A group of 50 families or caregivers was also questioned about the need for this consultation, as well as their degree of satisfaction as users. The answer to these questionnaires indicated the interest of the respondents in the continuity of this consultation, presenting several advantages for families and children accompanied. The respondents also pointed suggestions for family-centered practice. In sum, we conclude that the implementation of this consultation guided by principles of transdisciplinarity, family-centered, preventive and early action is an added value, promoting new skills among children and families, improving their development and minimizing their difficulties.

Keywords: Early Intervention, Child, Family, Role of the Educator, Intervention in the Hospital

LISTA DE ABREVIATURAS

AGD- Atraso Global de Desenvolvimento

ATL - Atividades de Tempos Livres

CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte

DC- Défice Cognitivo

DL – Decreto-Lei

ELIs - Equipas Locais de Intervenção

EPE – Educação Pré-Escolar

H.S.M – Hospital de Santa Maria

IP – Intervenção Precoce

JI - Jardim de Infância

LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo

NEE- Necessidades Educativas Especiais

OCEPE – Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar

PC- Paralisia Cerebral

PEA- Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

SD- Síndrome de Down

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNRIPD – Secretariado Nacional para a reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I.....	3
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO: ASPETOS ORGANIZACIONAIS DA INTERVENÇÃO PRECOCE	3
1.1. O Decreto-Lei n.º 281/2009	3
1.2. Trabalho de equipa e boas práticas em Intervenção Precoce	4
1.3. Planear uma intervenção baseada nas rotinas	8
1.4. Considerações e princípios subjacentes às práticas centradas na família.....	9
1.5. O educador de infância em contexto hospitalar	10
CAPÍTULO 2 - IMPLEMENTAÇÃO DE CONSULTA PEDAGÓGICA PARA CRIANÇAS DOS 0 AOS 6 ANOS	13
2.1. Objetivos do projeto	13
CAPÍTULO 3 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO – CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE	14
PARTE II – PROJETO.....	21
CAPÍTULO 1 - METODOLOGIA	21
1.1. Validade	21
1.2. Procedimentos	24
1.3. Participantes	25
CAPÍTULO 2 - RESULTADOS.....	26
2.1. Caracterização sociodemográfica.....	26
2.2. Resultados dos questionários aplicados aos técnicos antes da implementação do Projeto.....	29
2.3. Resultados dos questionários de satisfação das famílias	32
CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO FINAL.....	38
CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÕES FUTURAS.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização dos Técnicos que participaram no estudo	26
Tabela 2 Especialidade / Categoria dos Técnicos.....	26
Tabela 3 Primeira avaliação das famílias que participaram do estudo	28
Tabela 4 Resposta à questão “Considera que existe a necessidade de reestruturar esta intervenção?”	29
Tabela 5 Resposta à questão “Quais as áreas que considera que esta consulta deve abranger?”	30
Tabela 6 Resposta à questão “ De que modo poderão beneficiar as Famílias que frequentam o Centro de Neurodesenvolvimento com a implementação desta consulta?”	30
Tabela 7 Idade, Formação Académica, Situação profissional, Estado Civil e Número de Filhos das Famílias Inquiridas.....	32
Tabela 8 Opinião dos Participantes sobre a Consulta Pedagógica	33
Tabela 9 Satisfação dos pais em relação à consulta.....	34
Tabela 10 Resposta à questão: “Considera que a implementação desta consulta foi uma mais-valia no processo terapêutico do seu filho?”	34
Tabela 11 Resposta à questão: “Existe algo mais que considera importante incluir nesta consulta?”	35
Tabela 12 Resposta à Questão: “Na sua opinião, esta é uma consulta necessária e importante no centro de desenvolvimento do CHLN?”	36
Tabela 13 Tabela de Correlação entre as Questões de Satisfação da Família	37

INTRODUÇÃO

Este projeto tem como finalidade primordial proporcionar às crianças de risco estabelecido e às suas famílias um acesso eficaz, flexível e individualizado, sobre todos os recursos e apoios disponíveis na comunidade.

Sendo uma das premissas da Intervenção Precoce um “processo integrado de actuação dos serviços da educação, da saúde, da acção social e dos parceiros envolvidos, que requer: a) O envolvimento da família; b) O trabalho de equipa; c) O Plano Individual de Intervenção” (Decreto-Lei n.º 281/2009), pretendemos, com o presente projeto, debruçarmo-nos sobre uma problemática detetada no centro de neurodesenvolvimento do Hospital de Santa Maria – Centro hospitalar Lisboa Norte, realizando uma revisão de literatura que procura compreender em profundidade os contextos e as estratégias eficazes, num domínio tão específico de prestação de cuidados, ensino e aprendizagem e, que eventualmente, possa ser significativa a nível de uma prática educativa eficaz para todos aqueles que vivenciem situações semelhantes.

Deste modo, cria-se espaço para a reflexão, em torno da Intervenção Precoce na Infância, e as estratégias de intervenção eficazes em casos de risco estabelecido, tendo em conta a importância da comunicação e apoio, que certificam o desenvolvimento de relações de confiança entre os parceiros – famílias e os diferentes agentes envolvidos.

Partimos das hipóteses de que a “intervenção educativa ao nível da intervenção precoce é, eficaz e ajustada quando planificada e negociada com a família e restante equipa”, e que “em casos de dificuldades, falta de apoios, falta de comunicação”, a implementação da consulta de Educação e da realização de Programas de educação precoce torna a intervenção, dos 0-6 anos mais eficaz, especificamente na procura de uma resposta aparentemente simples: a eficácia da intervenção.

Constatámos que, numa primeira abordagem, no centro de neurodesenvolvimento do Hospital de Santa Maria estava em falta uma área de intervenção, no que se refere à intervenção educativa, sendo esta imprescindível para o conhecimento do desenvolvimento da Criança e para a implementação de estratégias de intervenção eficazes. Uma intervenção integrada envolve, desde a componente médica, de saúde e educativa, à necessidade de investigação e à

articulação entre os diferentes agentes envolvidos, no sentido de diálogo e tomada de decisões partilhadas.

Procurando dar resposta a estes desígnios o nosso objeto de estudo centra-se na elaboração de um projeto intitulado:

“Implementação de uma consulta Pedagógica para Crianças dos 0 aos 6 anos no Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital de Santa Maria.”

O trabalho está dividido em duas partes: a primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, à implementação da consulta pedagógica em crianças dos 0 aos 6 anos e à caracterização da Instituição. Na segunda parte apresentamos os detalhes sobre o projeto desenvolvido, a sua avaliação e conclusões.

PARTE I

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO: ASPETOS ORGANIZACIONAIS DA INTERVENÇÃO PRECOCE

1.1. O Decreto-Lei n.º 281/2009

O Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro, tem como objetivo a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) evidenciando “um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (Decreto-Lei n.º 281/2009, artigo 3.º, p. 7298 – 7301).

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância consiste:

num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir as condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento.

(Decreto-Lei n.º 281/2009, artigo 1.º, p. 7298 – 7301)

São objetivos do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância:

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

(Decreto-Lei n.º 281/2009, artigo 4.º)

O cumprimento do princípio da Universalidade implica que todos os casos sejam identificados e sinalizados o mais rápido possível, pressupondo um sistema de

interação entre as famílias e as instituições, principalmente no âmbito da saúde. Este plano individual deve orientar as famílias, tendo em conta não só a problemática mas também o potencial desenvolvimento da criança e as alterações no meio ambiente necessárias para que tal potencial se possa afirmar.

Assim, as equipas locais multidisciplinares, após a identificação e sinalização, elaboram um plano de intervenção tendo em conta as necessidades e recursos da família.

1.2. Trabalho de equipa e boas práticas em Intervenção Precoce

A equipa representa o mecanismo que faz os programas de Intervenção Precoce (IP) funcionarem. A grande mudança e eficácia dos programas que se desenvolvem com as famílias residem na organização dos mesmos (Bairrão, 2003).

As características das equipas condicionam a eficácia da intervenção, e a diversidade de profissionais por si só não garante a eficácia da mesma. O tipo de relações que se define e se estabelece entre eles determina o tipo de equipa, como se organiza: como intervém, quando e quem intervém. Existem, assim, três modelos de equipa: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. No Modelo Multidisciplinar existem vários profissionais de diferentes áreas de especialidade que atuam de forma paralela e separadamente com a mesma criança ou família. No Modelo Interdisciplinar há a intervenção simultânea de vários técnicos com planos separados e com especial enfoque na criança, mas existindo já alguma interação e partilha de informação entre profissionais. No Modelo Transdisciplinar há um plano abrangente e integrado que é elaborado em conjunto pela equipa e pela família, fazendo esta parte integrante da equipa. Preferencialmente um profissional (gestor de caso/mediador de caso ou responsável de caso) apoia a família na implementação desse plano em estreita colaboração e com o apoio de retaguarda dos restantes profissionais da equipa (Almeida, Breia & Colôa, 2005; Shelden & Rush, 2013).

Segundo Pereiro (2000) a nova perspetiva de IP centrada na família e comunidade prevê a:

adopção de um modelo transdisciplinar de trabalho em equipa em que tal transdisciplinaridade decorre da consciência de que, actualmente, é impensável a atuação de uma única classe profissional no campo social. A complexidade e multiplicidade das variáveis em presença conduzem,

obviamente, a uma convergência de saberes e experiências profissionais diferenciadas.

(Pereiro, 2000, p. 179)

Atualmente, e segundo a legislação mais recente, as equipas de intervenção do SNIPI prestam o seu apoio a nível municipal. Têm como sedes, os centros de saúde e a sua coordenação é assegurada por um dos elementos designados pela comissão de coordenação regional.

No que concerne às práticas verifica-se que em Portugal são privilegiados determinados aspetos: com carácter de *prevenção* (prevenção primária), procurando atuar antes que surjam situações problemáticas, essencialmente em condições de risco (gravidez de risco, mães adolescentes, populações em desvantagem sócio económica, etc.), onde o enfoque deste tipo de intervenção centra-se na redução da incidência de situações problemáticas, como o objetivo de diminuir o número de novos casos relativamente a um problema ou condição identificada (Simeonsson, 1994); ou com carácter de *remediação*, intervindo numa situação problemática no sentido de evitar o seu agravamento através da obtenção de competências ou comportamentos compensatórios (prevenção secundária). Neste caso, o enfoque estará na redução do número de casos e também na redução da prevalência de problemas ou condições manifestadas na população (Simeonsson, 1994), ou ainda, através da diminuição da expressão de sequelas existentes em situações já diagnosticadas (prevenção terciária). Aqui o enfoque estará numa intervenção reabilitativa incidindo nessas situações (Simeonsson, 1994, p.56). Outro fator que distingue as práticas está relacionado com o leque etário abrangido pelos programas de IP, que deverão abarcar crianças dos 0 aos 6 anos, preferencialmente dos 0 aos 3 anos. Não obstante, há programas de IP que atendem crianças com idades muito diversificadas, abarcando um leque etário que se estende desde o período que se segue imediatamente ao nascimento, até aquele em que a criança já frequenta o jardim-de-infância. Verifica-se, ainda, a existência de alguns programas de intervenção com a família no período pré-natal.

Segundo Books-Gunn e Hearn (1982) o termo precocidade define um conjunto de ações que têm início mesmo antes do nascimento. Esta é uma perspetiva que valoriza a importância da qualidade de vida da família e, sobretudo, da grávida. A questão da precocidade da intervenção prende-se com a deteção e diagnóstico das situações e correspondente sinalização.

A IP ainda pode ser definida como uma prática que diz respeito aos serviços, apoios e recursos necessários para responder às necessidades e oportunidades que incentivem a aprendizagem e desenvolvimento da criança (Dunst & Bruder, 2002) ou por serviços, apoios e recursos necessários para possibilitar que as famílias, com um papel ativo, promovam o desenvolvimento dos seus filhos (Bairrão & Almeida, 2003).

Já o Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP), de Coimbra refere que a:

Intervenção Precoce implica a criação de uma rede de suporte social às famílias que incluam crianças de baixa idade com problemas de desenvolvimento ou em risco, de forma a dar-lhes poder e a capacitá-las para assumirem o papel que qualquer família assume na educação dos seus filhos.

(PIIP, 1995)

O conceito de IP tem vindo a progredir através de distintos contributos (investigações, legislação, práticas, etc.) que têm impulsionado as mudanças registadas nesta área.

A evolução do conceito de intervenção precoce deixou de incluir apenas, a perspetiva educacional dirigida exclusivamente à criança e aos seus défices, para integrar um conjunto de serviços interligados de apoio à criança e à família, passando por definição a ser centrada na família e de base comunitária.

(Pereiro, 2000, p.179)

A IP organiza-se numa base comunitária, descentralizada, coordenada e flexível, de modo a privilegiar uma atuação dos serviços e instituições envolvidos. Tem carácter transversal e multifacetado, enquanto medida de apoio integrado dirigida a crianças nos primeiros anos de vida com deficiência ou em risco, e às famílias, sendo que assenta num sistema organizativo de partilha de responsabilidades e de coordenação intersectorial em colaboração com entidades privadas. É, pois, indispensável um estreito trabalho de parceria entre as diversas entidades públicas e privadas, incluindo a comunidade científica, aos diferentes níveis - local, regional e nacional, e outras entidades como o Secretariado Nacional para a reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD) e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

A família como foco de atenção constitui o elemento fundamental das práticas atuais da intervenção precoce. A evolução dos programas de intervenção foi

progressivamente deixando de se centrar exclusivamente na criança, para incluírem também a família e a comunidade. Os programas devem abranger a criança no seu contexto e procurando na interação entre eles a explicação e justificação para o êxito ou insucesso do programa (Almeida, 2004). Estes programas refletem a preocupação de envolver os pais no processo educativo dos seus filhos.

Brambring (1996) sugere um modelo em triângulo para a IP em que os três vértices condizem às suas três principais componentes: a família (pais e eventuais irmãos, cujo dia a dia é afetado pela criança com alterações do desenvolvimento ou em risco); a criança, com alterações do desenvolvimento ou em risco (que embora pertença à família aparece separada para uma melhor compreensão); e os serviços. É de extrema importância referir que este sistema não é estático, mas sim dinâmico. O processo resulta das interações entre as variáveis das três componentes que se vão desenrolando de forma contínua, ao longo do tempo. Este modelo, ao colocar em destaque algumas das variáveis que interagem no processo dinâmico da IP, mostra a complexidade da intervenção que, para ser eficaz, implica uma atenção a todos estes aspetos.

Bailey e Wolery (1992) apontam sete objetivos de ordem geral que deverão estar sempre presentes na prestação de serviços, no âmbito da IP:

- Dar apoio às famílias no sentido de as ajudar a atingir os seus próprios objetivos;
- Promover o envolvimento, a independência e a competência da criança;
- Promover o desenvolvimento da criança em domínios chave;
- Promover e apoiar a competência social da criança;
- Promover a generalização das competências da criança;
- Proporcionar à criança experiências de vida normalizantes e
- Prevenir a emergência de problemas ou alterações futuras.

Correia e Serrano (1999) consideram que a família constitui o alicerce da sociedade, sendo um dos principais contextos de desenvolvimento da criança, e apesar da existência de debate à volta do papel atual da família e da sua composição, ela permanece como o elemento-chave na vida e desenvolvimento da criança. Neste sentido todos os programas de IP devem considerar a família nas decisões relativas à criança assumindo que:

As famílias diferem em muitos aspetos, mas, em qualquer dos casos, os pais devem ser os elementos mais consistentes e estáveis na vida da

criança... os pais têm um interesse na criança e uma responsabilidade que não pode, de modo algum, ser substituída por qualquer outra pessoa. Um pré-requisito dos programas pré-escolares eficazes é o encontrar formas apropriadas de envolver os pais, reconhecendo que tal envolvimento terá de ser adaptado às necessidades, interesses e capacidades.

(Bairrão & Teezte, 1994 citado por Pereiro, 2000, p.180)

Assim sendo, os programas de IP deverão ser razoavelmente abrangentes de forma a terem em conta todas as variáveis implicadas.

1.3. Planear uma intervenção baseada nas rotinas

Quando desenvolvemos um programa de IP, seja no domicílio, na creche ou no jardim-de-infância, temos de partir de uma avaliação da situação, com base na qual poderemos então planear a intervenção.

A consideração pelos aspetos ecológicos da vida da criança e família implica que se considerem os componentes relacionais, sociais, psicológicos e físicos. Segundo Neisworth e Bagnato (1988) a avaliação destes componentes deverá ter em conta os seguintes aspetos: a avaliação do funcionamento familiar, relações entre pais e crianças, necessidades da família, preocupações e questões diretamente relacionadas com a criança; e a avaliação das características dos contextos de vida da criança.

Partindo das informações recolhidas podemos passar à fase de planeamento da intervenção, que terá de ter em conta a interação entre os diversos contextos de vida da criança, bem como reconhecer a complementaridade das componentes da avaliação e intervenção (Bricker, 1996; Neisworth & Bagnato, 1988).

Por sua vez, a intervenção nos contextos de vida da criança implica identificar, dentro das rotinas, as oportunidades que facilitem a obtenção de resultados, em função dos objetivos definidos no plano de intervenção. Depois de identificar a rotina que poderá, com mais vantagem, ser utilizada para a aquisição de uma determinada competência pela criança, há que definir quem vai ser o (s) parceiro (s) da criança na interação (mãe, pai, irmão, educador...) e qual o local exato em que a rotina deverá ocorrer.

Uma vez definidos estes aspetos, há que identificar os componentes da rotina que melhor se prestam a trabalhar os objetivos que constam do plano de intervenção

previamente definido e ter em conta as estratégias, pistas e respostas contingentes a utilizar. Por exemplo, o objetivo dos técnicos é: que a criança se sente à mesa, numa cadeira, use a colher, beba por uma caneca e faça escolhas. Podemos eleger como rotinas o pequeno-almoço e o almoço, usar estratégias ou prestar as ajudas necessárias para que ela desenvolva as várias atividades com vista à aquisição destas competências e proporcionar oportunidades para que possa escolher, por exemplo, entre leite e sumo, ou entre puré de fruta e cereais. Tudo isto deve ser feito tendo o cuidado de não interferir com a rotina, sem esquecer a sua principal finalidade, um momento agradável de refeição da criança, mas obedecendo a um planeamento objetivo e sistemático.

Em suma, para desenvolver uma intervenção nos contextos de vida da criança, é essencial utilizar procedimentos ecológicos no processo de avaliação, pressupondo uma observação cuidada dos ambientes em que a criança interage, assim como uma intervenção baseada nas rotinas.

1.4. Considerações e princípios subjacentes às práticas centradas na família

Dunst e Bruder (2002) definem a IP como uma prática que diz essencialmente respeito, aos serviços, apoios e recursos essenciais para responder às necessidades das crianças, e aos serviços, apoios e recursos necessários para que as famílias possam promover o desenvolvimento dos seus filhos, criando oportunidades para que elas tenham um papel ativo neste processo (Almeida, 2004).

Os técnicos sabem que a família é uma constante na vida da criança, como tal deve ser parceira em todas as decisões que afetem a educação dos seus filhos, nomeadamente no estabelecimento de objetivos e na definição de soluções. Deste modo, é da responsabilidade dos profissionais encontrar formas que facilitem o envolvimento parental, devendo saber respeitar os direitos das famílias relativamente ao tempo e níveis de envolvimento desejados pela família.

Há a necessidade dos técnicos reconhecerem que os serviços de IP devem ser acessíveis, flexíveis e dar resposta às necessidades identificadas pela e com a família, respeitando as características étnicas, culturais, e outras que constituem a individualidade de cada família, valorizando as competências da família, o seu poder de decisão, as suas forças, respeitando a decisão da família quanto ao nível e

natureza do envolvimento da IP na sua vida, e reconhecendo que todas as famílias possuem competências ou têm capacidade de se tornarem competentes.

De acordo com Almeida (2004), a família deve ser considerada como um todo, sendo simultaneamente recetora e agente ativo, promovendo assim uma verdadeira parceria entre a família e os profissionais, através de relações de confiança, respeito e valorização do que cada parte pode oferecer para o desenvolvimento de objetivos culminando num Plano Individual de Intervenção Precoce – PIIP.

O Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) é simultaneamente um documento que permite organizar toda a informação recolhida, registar todos os aspectos da intervenção bem como o processo que conduz à sua implementação. Este documento é elaborado em função do diagnóstico da situação, envolve a avaliação da criança nos seus contextos (familiar e outros) e define as medidas e acções a desenvolver. A adequada intervenção pressupõe a articulação entre serviços e instituições, e é subscrito pelas famílias.

1.5. O educador de infância em contexto hospitalar

Ao longo dos anos, a profissão Educador tem tido altos e baixos consoante as várias políticas vigentes. Segundo Vasconcelos (2009), a formação de educadores, durante o período de ditadura, esteve a cargo de algumas escolas particulares nomeadamente, a Associação João de Deus, o Instituto de Educação Infantil e a Escola de Educadores de Infância. Mais tarde surgiram no Porto, a Escola de Educadoras Paula Frassinetti e a Escola Nossa Senhora da Anunciação. Eram escolas com visões cristãs, mas que, segundo Vasconcelos (2009), tinham uma perspetiva humanista com uma visão formativa alargada, inclusiva e inovadora no que concerne à variedade de atendimentos: creches, jardins-de-infância, atividades de tempos livres (ATL), hospitais, museus, ludotecas, bibliotecas, etc.

Em 1954 surge a Escola Superior de Educadores de Infância (ESEI) Maria Ulrich assumindo uma pedagogia diferente onde a curiosidade da criança pelo mundo funcionava como base para as suas aprendizagens (ESEI Maria Ulrich, s.d.).

Em 1997 são publicadas as Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (OCEPE) através do Despacho nº 5220/97, de 4 de agosto do Ministério da Educação (ME), dando atenção ao papel do educador e valorizando a sua intervenção

pedagógica no desenvolvimento da criança através da sua capacidade para observar, planejar, agir, avaliar, comunicar e articular (ME, 1997).

Hoje em dia, os educadores já não exercem a sua atividade somente nas creches e jardins-de-infância. Um dos contextos diferenciados da sua atividade e intervenção é o Hospital. Ao longo do tempo a sua atuação tem sido cada vez mais valorizada tanto nos Serviços de Pediatria como nas Consultas Externas de Pediatria e Hospitais de Dia. Nestes contextos, o educador faz parte duma equipa multidisciplinar que trabalha em prol do bem-estar biopsicoafetivo da criança, sendo um facilitador na desmistificação do ambiente hospitalar e um promotor de aprendizagens através de atividades lúdicas para as crianças, solicitando, sempre que possível, a colaboração das famílias (Lacerda, 2010).

O trabalho do educador em contexto hospitalar é revestido dum grande espírito de equipa e resiliência pessoal tendo em conta as crianças e famílias que acompanha e segue. São várias as suas funções, nomeadamente: ajudar a criança na fase inicial de adaptação ao hospital; estar disponível para ouvir e servir de elo de ligação entre a família e a restante equipa da saúde (Mota, 2009); ajudar a criança a ultrapassar a dor e a lidar com o medo proporcionando um ambiente afetivo, alegre e acolhedor adaptado às suas necessidades (Braga, 2014), com organização de espaços e rotinas próximas das que a criança conhece no seu contexto educativo e social; promover e planejar atividades lúdico-pedagógicas de qualidade (Carvalho, 2005) e ajudar a criança a manter-se ativa tendo em conta o estado clínico, idade, interesse e desenvolvimento observado; brincar com a criança e mantê-la ocupada durante a sua estadia no hospital; acompanhá-la em tratamentos (Mota, 2009) quando são dolorosos sendo um elemento securizante no ambiente hospitalar; fazer avaliações do desenvolvimento sempre que solicitado pelos médicos, pais ou sempre que a criança apresente necessidade para tal e a família consinta. O educador deve também: contribuir para que o seu desenvolvimento não seja afetado estimulando as suas capacidades intelectuais e sensoriais (Ceccim, 1999); ajudar a criança ou jovem a exteriorizar as suas angústias, receios ou dúvidas, ajudando-a a sentir-se segura, confiante, encorajando-a nos momentos mais difíceis e diminuindo os riscos da hospitalização. Outras intervenções do educador também muito importantes, incluem: contactar com os pais e equipa multidisciplinar com o objetivo de recolha de dados para melhor ajudar a criança e família não só ao nível da intervenção, definindo linhas de orientação, como também em encaminhamentos considerados necessários; e

articular com outros técnicos externos ao hospital nomeadamente, educadores de creches e jardins-de-infância, professores, técnicos de IP, terapeutas da fala, fisioterapeutas, entre outros, com o objetivo de se articular o apoio dado à criança. Além destas funções o educador também tem que estar preparado para trabalhar com crianças com idades superiores aos 10 anos, uma vez que a idade pediátrica vai até aos 17 anos e 364 dias.

Em 1993 o Relatório da Comissão da Saúde Infantil (Varela, 1999, p. 41) referia como funções do educador no hospital:

- O diagnóstico, através da observação e da comunicação com as crianças;
- A preparação das crianças para alguns exames complementares e para a cirurgia;
- A identificação de problemas graves no relacionamento das crianças com as suas famílias;
- A organização de atividades lúdicas que podem ter uma função terapêutica indiscutível;
- A manutenção de alguma “normalidade” na vida diária de uma criança hospitalizada.

Já em 1997, o Ministério da Educação (ME, 1997), nos objetivos definidos para a Educação Pré-escolar referia que competia ao educador proporcionar à criança ocasiões de bem-estar e de segurança, nomeadamente no âmbito da saúde individual e coletiva, bem como incentivar a participação das famílias no processo educativo e estabelecer relações sólidas de colaboração com a comunidade.

De facto, há muitos anos que os educadores fazem parte das equipas de saúde dos hospitais, na área pediátrica. Não obstante haver uma grande lacuna na bibliografia e informações sobre as funções do educador de infância no Hospital, aos poucos os educadores têm vindo a definir o seu papel e a sua importância, neste contexto diferenciado, para o bem-estar e melhoria na recuperação da criança ou jovem. São muitas as vezes que se confunde docência com clínica (Mota, 2009), uma vez que o seu trabalho transversaliza outros saberes que ultrapassam as fronteiras da sua formação inicial, sendo que, cada vez mais apostam em formações especializadas e diferenciadas e que possam ser uma mais-valia neste contexto, bem como algum trabalho transdisciplinar à semelhança das Equipas Locais de Intervenção Precoce.

CAPÍTULO 2 - IMPLEMENTAÇÃO DE CONSULTA PEDAGÓGICA PARA CRIANÇAS DOS 0 AOS 6 ANOS

Inicialmente, no Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital de Santa Maria, a Educadora tinha como funções fazer a triagem, encaminhar as crianças para apoio na comunidade, ser um elo de ligação às equipas na comunidade, fazer contatos com as escolas, fazer sinalizações para I.P. e prestar alguns apoios educativos. Pela necessidade de apoio e intervenção com crianças de risco estabelecido e suas famílias com necessidades mais urgentes e evitando uma lista de espera mais longa nos serviços de I.P, surge a possibilidade de se implementar uma Consulta Pedagógica para crianças dos 0 aos 6 anos. Esta necessidade tornou-se a base do presente projeto que passamos a descrever.

2.1. Objetivos do projeto

Foram definidos como objetivos para o presente projeto:

- ✓ Fazer o acompanhamento direto e próximo da Família
- ✓ Ser um elo de ligação com os apoios da Comunidade
- ✓ Ser um elo de ligação com Técnicos
- ✓ Aplicar uma Escala de avaliação de rastreio para eventuais riscos
- ✓ Desenvolver ações de Intervenção Precoce na Criança
- ✓ Realizar consultas de seguimento
- ✓ Contribuir para a diminuição de listas de espera
- ✓ Colaborar em situações de crise
- ✓ Contribuir como apoio/suporte para os Cuidadores

CAPÍTULO 3 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO – CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

O Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria (H.S.M.), em Lisboa, foi oficialmente inaugurado em Dezembro de 1954, após 14 anos de construção. Com o aumento da população no concelho de Lisboa, no final da década de 30, surgiu a necessidade da criação de um novo polo hospitalar.

O planeamento ficou a cargo do Professor Francisco Gentil e o projeto arquitetónico do hospital foi entregue a Herman Diestel. O arquiteto alemão ponderou a necessidade da criação de um espaço com infraestruturas para o internamento de 1500 utentes, com capacidade para o exercício de consultas externas de todas as especialidades, serviços centrais e de urgência e a instalação da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Atualmente, o Hospital de Santa Maria é considerado o maior hospital do país, com mais de 1300 camas disponíveis e um conjunto de serviços de diversas áreas médicas, nomeadamente:

- Ambulatório;
- Cirurgia Central;
- Bloco Operatório Central e Anestesia;
- Especialidades Cirúrgicas, nomeadamente, os Serviços de Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Vascular, Serviço de Estomatologia, Serviço de Oftalmologia, Serviço de Ortopedia, Serviço de Otorrinolaringologia e Serviço de Urologia;
- Especialidades Médicas, onde existem os Serviços de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Infecçiology, Nefrologia, Oncologia, Pneumologia e Reumatologia;
- Meios Complementares de Diagnóstico, contendo os Serviços da Anatomia Patológica, Imagiologia e Patologia Clínica;
- Meios Complementares de Terapêutica, existindo os Serviços de Imuno-Hemoterapia, Medicina Física e Reabilitação e Radioterapia;
- Neurociências, contendo o Serviço de Neurocirurgia e Neurologia;
- Obstetrícia, Ginecologia e Genética;
- Pediatria;

- Psiquiatria e Saúde Mental;
- Urgência e Cuidados Intensivos.

O H.S.M. funciona em regime de Hospital Universitário, mantendo uma estreita relação com a Faculdade de Medicina de Lisboa. Neste sentido, aspira ser um moderno centro médico de assistência, ensino e investigação.

Em 1975 foi fundada a Unidade de Neurodesenvolvimento pelo Professor Doutor João Carlos Gomes Pedro e por dois colaboradores, a Dra. Maria Fernandes e o Dr. Nuno Lacerda, no decorrer da reestruturação do serviço de Pediatria.

A Unidade de Neurodesenvolvimento começou por funcionar no piso 6 do Hospital. Em 1991, com a chegada da Dra. Fernanda Torgal, da Dra. Manuela Baptista e do Dr. Miguel Palha, foi transferida para as antigas instalações da creche do hospital, onde se situa atualmente.

A coordenação da Unidade ficou ao encargo do Dr. Nuno Lacerda até 2003, altura em que a Dra. Rosa Gouveia ocupou o lugar. Posteriormente esta função foi desempenhada pela Dra. Fernanda Torgal. Desde 2007, a Dra. Manuela Baptista é a coordenadora do serviço.

Não só os coordenadores se foram alterando, mas também as estratégias de avaliação utilizadas, assim como a própria abordagem do desenvolvimento. Através da permanente investigação presente na Unidade foi possível introduzir, em Portugal, pelas intervenções do Dr. Nuno Lacerda e da Dra. Rosa Gouveia, a Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths, o teste de rastreio “Denver II” e o teste de “Amiel-Tison” que preencheram as necessidades sentidas pelos técnicos, no que respeita à identificação do risco ou dificuldade da criança, e foi também adquirido um teste neurológico para crianças com idade inferior a 1 ano. O projeto “Portage” foi igualmente introduzido em Portugal através da Unidade de Neurodesenvolvimento sendo um instrumento importante na intervenção em crianças com dificuldades cognitivas.

Esta Unidade é um Centro de referência onde são prestados cuidados de saúde primários, secundários e terciários na área do desenvolvimento infantil. A formação pré e pós-graduada, a educação, a intervenção e a investigação formam um todo e estão presentes como parceiros ativos.

A Unidade de Neurodesenvolvimento funciona num pavilhão fisicamente distinto do edifício principal do hospital, situando-se nas traseiras do mesmo, onde se realizam as consultas externas de Pediatria.

No pavilhão funcionam duas unidades que partilham os espaços comuns: a Unidade de Neurodesenvolvimento com seis gabinetes e uma sala polivalente/biblioteca e a Unidade de Pedopsiquiatria que possui igualmente seis gabinetes. Existe ainda um pequeno auditório/sala de reuniões, uma sala destinada aos serviços administrativos, instalações sanitárias para pessoal e para utentes e uma sala de espera.

Em 2004, foi acrescentado ao pavilhão um novo espaço designado “Centro Brazelton”, constituído por quatro gabinetes que se encontram ao dispor das necessidades de cada unidade. Este centro constitui o centro português da rede internacional do Centro Brazelton que integra médicos de todo o mundo que se dedicam à promoção do desenvolvimento de atividades de investigação e de ensino, nomeadamente fornecendo treino no uso de N.B.A.S. (*Neonatal Behavioral Assessment Scale*) destinado a técnicos na área da pediatria.

A Unidade de Neurodesenvolvimento é formada por uma equipa multidisciplinar, constituída pelos seguintes profissionais:

- Manuela Baptista – Pediatra do Neurodesenvolvimento e Coordenadora da Unidade de Neurodesenvolvimento;
- Susana Martins – Pediatra do Neurodesenvolvimento;
- Catarina Nascimento – Pediatra do Neurodesenvolvimento;
- Artur Sousa – Pediatra do Neurodesenvolvimento;
- Cláudia Bandeira de Lima – Psicóloga Clínica;
- Nélia Correia – Psicóloga Educacional;
- Maria João Ximenes – Terapeuta da Fala;
- Joana Rombert – Terapeuta da Fala;
- Maria Eisabete Vaz – Educadora de Infância.

Fazem igualmente parte da equipa três funcionárias administrativas e uma funcionária da limpeza. Por se enquadrar num Hospital Universitário, a Unidade de Neurodesenvolvimento recebe, de forma constante e permanente, internos de pediatria, estagiários de psicologia clínica, psicologia educacional e terapia da fala.

A área de atendimento formal engloba os seguintes Centros de Saúde: Alvalade (Alvalade, Campo Grande, S. João de Brito), Benfica (Benfica, Carnide), Lumiar (Lumiar, Ameixoeira, Charneca do Lumiar, Musgueira), Loures (Loures, St. António de Cavaleiros, Frielas, Bucelas, St. Antão do Tojal, S. João do Tojal, Fanhões, Lousã), Odivelas (Caneças, Odivelas, Olival Basto, Póvoa de St. Adrião Ramada) e Pontinha (Famões, Urmeira, C. Diário Canas).

A seleção de utentes é efetuada com base na análise dos seguintes critérios:

- Idade inferior a 5 anos (tendo prioridade as crianças com menos de 3 anos) ou até aos 10 anos de idade, tratando-se de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA);
- Crianças com suspeita de Perturbação do Desenvolvimento enquadrável nas competências técnico-científicas da Unidade de Neurodesenvolvimento (Défice Cognitivo, Perturbação da Linguagem, Perturbação do Espectro do Autismo, entre outras);
- Residência nas áreas de influência do H.S.M.;
- Crianças referenciadas por outras consultas do H.S.M.

A Unidade de Neurodesenvolvimento acompanha, também, todas as crianças identificadas a partir do diagnóstico precoce (“teste do pezinho”, realizado entre o 4º e o 10º dia de vida), que sejam portadoras de hipotireoidismo congénito ou fenilcetonúria, de toda a metade sul do país. A Unidade acompanha igualmente crianças nascidas de pré-termo, até aos 5 anos, recebendo alta nessa altura se o seu desenvolvimento não estiver comprometido.

Existem protocolos específicos para diversos casos clínicos possibilitando que muitas crianças sejam referenciadas para outras consultas/unidades do Hospital de Santa Maria ou para outros hospitais:

- Protocolo com a Neonatologia, para o seguimento de recém-nascidos com fatores de risco perinatal;
- Protocolo integrado para a Trissomia 21;
- Protocolo integrado para o Síndrome de Williams;
- Protocolo integrado para o Síndrome do X frágil;
- Consulta de Perturbações da Linguagem;
- Consulta de Saúde Mental Infantil;
- Consulta de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção;

- Consulta de Perturbações do Espectro do Autismo;
- Programas de Intervenção / Encaminhamento Educativo e Social.

As Consultas Externas, por outro lado, apresentam-se como a atividade mais significativa da Unidade de Neurodesenvolvimento.

As Consultas de Neurodesenvolvimento mantêm a influência de Mary Sheridan, tendo lugar a recolha da história clínica (anamnese) da criança, procedendo-se a uma avaliação clínica e psicomotora de crianças com suspeita de perturbações do desenvolvimento ou em risco de as virem a apresentar. As consultas de avaliação não se remetem só à aplicação da anamnese são também utilizados testes com o intuito da obtenção de um diagnóstico o mais adequado possível. Os testes mais utilizados são o teste de “Denver II”, a Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths e a Avaliação Neurológica de “Amiel-Tison” para o primeiro ano de vida. Outros testes auxiliares de diagnóstico utilizados na Unidade de Neurodesenvolvimento são o teste “Stycar da Visão”, a Avaliação Neurocomportamental de “Dubowitz”, o teste de linguagem de “Reynell”, o inventário de Hiperatividade de “Conners” para pais e professores, o teste para o autismo “C.A.R.S.”, o inventário de Estereotipias, a Escala Australiana de “Asperger”, a Escala de Inteligência de Weschler “WISC” e Matrizes Progressivas de “Raven”.

São ainda realizadas outras consultas, tais como, consultas de seguimento onde se processa o registo das necessidades da criança e da família e principais preocupações dos pais e onde se desenham planos de intervenção específicos para cada criança. São consultas multidisciplinares onde professores/educadores e outros técnicos partilham o seu parecer em relação às necessidades da criança e constroem, em conjunto com as psicólogas da Unidade de Neurodesenvolvimento, um plano de intervenção a ser realizado ao nível das instituições educativas frequentadas pela criança.

As sessões de terapia da fala ajudam as crianças com diversas perturbações ao nível da linguagem. Por norma são acompanhadas semanalmente pelas terapeutas ou realizam avaliações nesta área com vista à complementação do diagnóstico da criança. São implementados Programas de Intervenção Individual que se traduzem em sessões de terapia individual em que, após uma avaliação das competências das crianças, são trabalhadas as áreas em que apresentam maiores dificuldades, durante um determinado período de tempo em sessões semanais ou bi-semanais.

Por último, são realizadas sessões de terapia de grupo em que se reúnem crianças com perturbações do desenvolvimento semelhantes, com idades próximas e trabalha-se em grupo as suas áreas mais críticas durante um certo período de tempo em sessões semanais, como por exemplo, treino cognitivo e treino de competências sociais.

Nesta Unidade também acontecem diversas reuniões regulares entre profissionais, nomeadamente:

- ✓ *Reuniões de “Journal Club”* - Realizam-se todas as quartas-feiras das 9h às 10h, envolvendo a participação de todos os técnicos da Unidade de Neurodesenvolvimento e da Unidade de Pedopsiquiatria. Consistem na apresentação de um artigo científico ou de um caso clínico, sendo que o objetivo principal destas reuniões consiste em tomar conhecimento das últimas atualizações científicas e abordar de forma multidisciplinar cada um dos temas apresentados.
- ✓ *Reuniões da Equipa da Unidade de Neurodesenvolvimento* - Realizam-se também às quartas-feiras das 10h às 11h30. Discutem-se casos de crianças, diversos problemas que possam existir e debatem-se questões organizacionais. Apenas os elementos efetivos da unidade podem presenciar. A educadora faz parte desta equipa.
- ✓ *Reuniões Clínicas do Serviço de Pediatria* - Têm lugar às quartas-feiras das 12h às 13h. São apresentados trabalhos de investigação ou casos clínicos por técnicos do serviço de Pediatria e discutidas técnicas de investigação.
- ✓ *Reuniões de Casos Clínicos* - Reuniões mensais de apresentação de estudos de caso por parte dos técnicos da Unidade de Neurodesenvolvimento. Têm como objetivo dar a conhecer a toda a equipa determinados casos de crianças, com o intuito da participação de todos na formulação de um diagnóstico e/ou plano. Com a introdução desta consulta a educadora tem que estar presente na Reunião, com o fim de delinear o plano de intervenção com a restante equipa.
- ✓ *Reuniões Mensais com equipa multidisciplinar e equipas locais de intervenção (ELIs)* – Têm lugar às quartas-feiras das 11h às 12h, para discutir casos mais complexos, partilha de ideias e elaboração do plano de ação,

O enfoque na intervenção realizada na Unidade de Neurodesenvolvimento do H.S.M. é colocado no Modelo Transacional, na Perspetiva Sistémica da Família, no Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano e na Teoria do Suporte Social.

Das várias abordagens terapêuticas utilizadas, salienta-se o Protocolo de Intervenção Integrada e a Intervenção Precoce. Em qualquer intervenção procura-se estabelecer um projeto terapêutico tão abrangente quanto possível, implicando um grande número de parceiros, entre os quais, pais/familiares, os educadores/professores e os demais técnicos envolvidos.

É desta forma que a Unidade de Neurodesenvolvimento procura trabalhar e desenvolver toda uma prática de intervenção eficaz, tendo em conta as dificuldades e os problemas ao nível do desenvolvimento que as crianças apresentam e as dificuldades sentidas pelas famílias.

PARTE II – PROJETO

Desde que fui transferida para esta unidade (Centro de Neurodesenvolvimento) foi sentida na equipa, através de conversas com pais e técnicos, a necessidade de um acompanhamento mais profundo no que respeita à parte da educação, com o objetivo de melhorar o serviço apresentando um plano de ação da parte educativa, mais focado e incisivo. Assim e numa tentativa de minimizarmos algum sofrimento e angústia nas famílias seguidas nesta unidade, foi sugerido por mim e em equipa, a realização de um questionário a ser aplicado aos vários técnicos a fim de perceber onde e como poderíamos atuar, numa perspetiva sistémica e perceber de que modo, e em que situações a educadora podia integrar esta equipa de uma forma mais dinâmica e produtiva para todos.

CAPÍTULO 1 - METODOLOGIA

Este foi um trabalho realizado com base numa investigação-ação, em que simultaneamente fui investigadora e participante do estudo, como parte integrante da consulta de educação do centro de neurodesenvolvimento.

Este é um estudo em que a subjetividade do investigador foi compensada com preocupações de validação dos métodos.

1.1. Validade

A explicitação dos processos, expondo aos outros a nossa subjetividade e, por tal, confrontando-a, é necessária (Popper, 1979; Santos, 1995; Santos, 2002). Todos os investigadores não podem ser sujeitos a desvios inerentes ao observador, devendo então tentar reconhecer isso e ter esse facto em consideração, bem como manter uma preocupação constante com o rigor ou confiabilidade, a abrangência dos dados e a correspondência entre estes e o que de facto se passa no local (Vieira, 1999). Na perspetiva de Guba (1981) e Guba e Lincoln (1988), todo o processo de pesquisa precisa de apresentar um valor próprio (truth value), aplicabilidade (*applicability*),

consistência (*consistency*) e neutralidade (*neutrality*) de forma a ter valor científico. Assim, o rigor procurado neste estudo, assenta no *Paradigma Interpretativo ou qualitativo* que “pretende substituir as noções científicas da explicação, previsão e controlo do paradigma positivista pela compreensão, significado e acção” (Coutinho, 2005), ingressando no mundo pessoal dos sujeitos em determinado contexto social. Tem como bases o naturalismo e os processos qualitativos. A realidade é encarada como múltipla, intangível, divergente e holística, daí se procurar compreendê-la e interpretá-la (fundamentação da teoria interpretativa e da fenomenologia). No paradigma interpretativo, os valores do investigador exercem influência no processo, tendo em conta que existe dependência derivada do inter-relacionamento sujeito/objeto e, como tal, existe risco de subjetividade. Este paradigma, tal como o paradigma sociocrítico, apresenta como objetivo a generalização das hipóteses de trabalho em contexto e tempo dado, através da utilização de explicações ideográficas, indutivas, qualitativas e centradas sobre as diferenças. São os valores dados e explícitos que influenciam a seleção do problema, da teoria, método e análise daí decorrente. Caracteriza-se, também, pelo relacionamento e influência recíproca entre a teoria e a prática e assenta em critérios de credibilidade, confirmação e transferibilidade.

O paradigma interpretativo utiliza uma metodologia humanista-interpretativa em que se baseiam os estudos de caso e a pesquisa etnográfica, empregando técnicas qualitativas, descritivas, nas quais o investigador, enquanto participante, se torna no principal instrumento de investigação. Daí decorre também o emprego de um tipo de análise de dados do tipo qualitativo, com a introdução da indução analítica e triangulação.

No contexto do que se vinha descrevendo, anteriormente, acresce explicitar que se trata de um estudo de caso construtivista desenvolvido no âmbito da investigação-ação. A opção pela investigação-ação deve-se ao facto desta metodologia ter como finalidade a mudança de um contexto social concreto e contribuir para o desenvolvimento profissional dos atores (Serrano, 2004). Intenção que também estava presente neste estudo. Pois, como refere Corey (1953) citado por Serrano (2004, p.150) a investigação-ação é um processo “através do qual os práticos pretendem estudar os seus problemas cientificamente com o fim de guiar, corrigir e avaliar sistematicamente as suas decisões e acções”. Assim, esta metodologia adquire uma importância primordial no campo educativo e concretamente neste trabalho. É

que, a investigação-ação promove o diálogo teoria-prática; conjuga processos de investigação e ação; conduz à produção de conhecimentos e mudança; e promove a interação entre investigadores e atores (Serrano, 2004). Pode-se afirmar que a natureza deste estudo considerava a investigação como uma fonte de esclarecimento para a tomada de decisões e a ação como fonte de informação para a investigação num processo articulado. Assim, os dados da investigação auxiliavam a decidir o que, como ou quando agir e a ação esclarecia o que, como ou quando era possível. Por outro lado, a natureza deste estudo privilegiava uma produção partilhada de saberes entre investigadora e atores. Por isso, os conhecimentos da investigadora foram muitas vezes provocação, crítica e desafio à reflexão até à produção partilhada de saberes que conduziam à mudança. Finalmente, a natureza deste estudo privilegiava a colaboração entre investigadora e atores no processo de mudança, pois não se pretendia uma mudança proposta pelo investigador, mas construída com os atores implicados na transformação, em que o investigador contribuía, a cada passo, com recursos vários, para essa descoberta. Em investigação-ação os sujeitos partem com uma preocupação inicial ou uma ideia geral de que há uma necessidade de mudança ou de melhoria de uma realidade, a seguir é necessário planificar, agir, observar e refletir para dar conta do seguimento da mudança e das melhorias produzidas. O ciclo repete-se cumprindo-se, deste modo, a espiral reflexiva de investigação-ação que Kemmis e McTaggart (1992) apresentam, como esquema de movimento para a mudança que ocorre com um grupo implicado nesse processo. O movimento espiralar descrito não foi entendido de forma rígida e aprisionada, neste trabalho. Procurou-se uma grande flexibilidade no decurso da sua operacionalização, preferindo entender esses passos como guias e como pontos de partida para a ação, sem constranger a atuação. Mas, convém sublinhar que foi através desta sequência, em que a reflexão sobre a prática levava a uma proposta de mudança e a implementação da mudança levava a uma melhor compreensão da prática, que se descobriu e concretizou a riqueza formativa desta metodologia, neste trabalho. Assim, este estudo de caso construtivista no âmbito de uma metodologia de investigação-ação surge interligado. Por um lado, como prática com carácter colaborativo e, por outro lado, como atividade de investigação que, simultaneamente, contribuíram para a mudança dos atores e da instituição em estudo. O carácter colaborativo adveio da relação estabelecida entre a investigadora e os atores da instituição, que se caracterizou por prosseguirem um objetivo comum: a mudança e a melhoria da qualidade. Bem como, se caracterizou

por partilharem problemas e preocupações, em que o investigador/formador ajudou o grupo em estudo a encontrar soluções e a desenvolver competências de reflexão sobre a sua prática. Pode-se dizer que o investigador/formador, neste processo, assumiu o papel de amigo crítico. A produção de conhecimento partilhada, em investigação-ação, assume que o estatuto na produção de conhecimentos entre os diferentes intervenientes é diferenciado. Por isso, não se espera que o investigador se anule face aos atores. Com os dados e as informações que recolhia da e sobre a realidade em estudo (Oliveira-Formosinho, 2011), isto é, de alguém que auxiliou os atores a analisar e a questionar a prática tendo como horizonte mudanças no seu pensamento e ação. A investigação-ação, neste trabalho teve uma orientação eminentemente prática, pois a finalidade primordial consistiu no estudo de problemas da prática com vista à melhoria da mesma e da aprendizagem através da ação (Kemmis & McTaggart, 1992). Pelo descrito, ficam patentes três vertentes fundamentais deste trabalho e do processo de investigação-ação: a investigação, a ação e a formação. A partir destes pressupostos é necessário caracterizar a realidade social, que foi objeto deste estudo de caso e revelar quais os instrumentos e os procedimentos de recolha de informações que se utilizaram.

1.2. Procedimentos

O projeto inicia-se, assim, com o lançamento de um questionário, que mais não é do que uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões apresentadas por escrito, a ser efetuado a pessoas que propiciem determinado conhecimento ao pesquisador. Segundo Almeida e Pinto (1995) são consideradas algumas vantagens sobre este tipo de técnica de recolha de dados, tais como: a possibilidade de atingir grande número de pessoas, garantir o anonimato das respostas, permitir que as pessoas respondam no momento que lhes pareça mais apropriado e não expõe os questionados sob influência do questionador.

No que diz respeito às questões, estas devem ser reduzidas e desenvolvidas tendo em conta três princípios básicos: o Princípio da Clareza (devem ser claras, concisas e unívocas), Princípio da Coerência (devem corresponder à intenção da própria pergunta) e Princípio da Neutralidade (não devem induzir uma dada resposta, mas sim libertar o inquirido do referencial de juízos de valor ou do preconceito do próprio autor). Existem dois tipos de questões: as questões de resposta aberta e as de

resposta fechada. As questões de resposta aberta permitem ao inquirido construir a resposta com as suas próprias palavras, permitindo deste modo a liberdade de expressão. As questões de resposta fechada são aquelas nas quais o inquirido apenas seleciona a opção (de entre as apresentadas), que mais se adequa à sua opinião. Também é usual aparecerem questões dos dois tipos no mesmo questionário, sendo este considerado misto. Afonso (2005, p. 101), refere que a aplicação de um inquérito por questionário possibilita "...converter a informação obtida dos inquiridos em dados pré - formatados, facilitando o acesso a um número elevado de sujeitos e a contextos diferenciados". Se por um lado a aplicação de questionários é vantajosa, esta aplicação apresenta também desvantagens ao nível da dificuldade de conceção.

A grande vantagem em utilizar um inquérito por questionário dependerá da clareza das perguntas, natureza das pesquisas e das habilitações literárias dos inquiridos. Relativamente à natureza da pesquisa verifica-se que se aquela não for de utilidade para o indivíduo, a taxa de não - resposta aumentará.

Aos pais foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo, que concordaram com a participação dos filhos e assinaram o consentimento informado. Os pais autorizaram também o acesso aos dados do processo clínico das crianças. Os dados da família que não constavam no processo clínico foram recolhidos diretamente com as famílias na consulta.

1.3. Participantes

Neste projeto trabalhamos com dois grupos de estudo. O estudo de opiniões através de questionário aos participantes no primeiro grupo permitiu levantamento do problema, sendo aplicado aos técnicos existentes na consulta de Neurodesenvolvimento. Num segundo grupo, foram aplicados novos questionários às famílias das Crianças que frequentaram a Consulta de modo a percebermos, como é que a implementação deste projeto beneficiou ou não as Famílias.

CAPÍTULO 2 - RESULTADOS

2.1. Caracterização sociodemográfica

Amostra 1

Neste estudo diagnóstico participaram 11 técnicas (91,7%) e um técnico (8,3%). A maioria dos participantes apresentaram entre 11 e 15 anos de serviço, estando todos integrados na equipa da Consulta de Neurodesenvolvimento (Tabela 1).

Tabela 1
Caracterização dos Técnicos que participaram no estudo

		Participantes
Sexo	Masculino	1
	Feminino	11
Anos de Serviço	6 - 10 anos	2
	11 - 15 anos	4
	16 - 20 anos	2
	21 - 25 anos	1
	26 - 30 anos	1
	mais de 30 anos	2
Tempo na Equipa	0 - 5 anos	2
	6 - 10 anos	3
	11 - 15 anos	4
	16 - 20 anos	2
	mais de 30 anos	1

Quanto à especialidade dos participantes, a maioria são pediatras de Desenvolvimento (58,3%), sendo que também participaram psicólogas (16,7%) e terapeutas da fala (25,0%) (Tabela 2).

Tabela 2

		<i>Especialidade / Categoria dos Técnicos</i>
		<i>N</i>
Categoria	Pediatra	7
	Psicóloga	2
	Terapeuta	3

Amostra 2

Pela análise da tabela 3, há a registar que participaram 50 famílias, embora só temos a possibilidade de apresentar resultados referentes a 40 sujeitos. Esta recolha foi realizada através da Aplicação de uma Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil – The Shedule of Growing Skills II (SGS-II).

- A SGS-II é um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, concebido para ser utilizado por todos os profissionais ligados à saúde infantil, designadamente, médicos pediatras, educadores, enfermeiros e psicólogos.
- Pode ainda ser extraído um resultado relativamente à área cognitiva, a partir de itens relevantes.
- A SGS-II permite identificar o nível de desenvolvimento da criança, em nove áreas de competências:
 - Controlo Postural Passivo
 - Controlo Postural Activo
 - Locomotoras
 - Manipulativas
 - Visão
 - Audição e Linguagem
 - Fala e Linguagem
 - Interação Social
 - Autonomia Pessoal

A Folha de Registo pode ser utilizada em quatro momentos de avaliação distintos possibilitando, deste modo, a monitorização da evolução do desenvolvimento da criança ao longo do tempo.

A Folha de Perfil possibilita uma visualização rápida e de fácil compreensão relativamente ao nível de desenvolvimento em cada uma das áreas de competências.

Assim, analisando os resultados e atendendo às frequências mais elevadas, verifica-se que maioritariamente os sujeitos participantes no estudo, são do sexo feminino (71.7%), têm idades compreendidas entre os 31 e os 35 anos (26%), são da ameixoeira (15,4%) e apresentam o motivo de avaliação como prematuro (28,2%). Esta amostra foi recrutada da consulta de pediatria do centro de Neurodesenvolvimento do Centro Hospitalar Lisboa Norte, de famílias com crianças

até aos 6 anos de idade. Aos pais foram explicados os objetivos e procedimentos do projeto e todos assinaram o consentimento informado. Os pais autorizaram também o acesso ao processo clínico.

Tabela 3
Primeira avaliação das famílias que participaram do estudo

		N
Sexo	Feminino	36
	Masculino	14
Idade	21- 25 anos	5
	26 - 30 anos	4
	31 -35 anos	12
	36 - 40 anos	11
	41 – 45 anos	8
	46-50 anos	8
	51-55 anos	1
	Mais de 56	1
Localidade	Abrantes	2
	Amadora	5
	Ameixoeira	9
	Benfica	2
	Damaia	4
	Lisboa	6
	Loures	3
	Lumiar	2
	Massamá	2
	Mem Martins	2
	Odivelas	3
	Rinchoa	3
	Sacavém	1
	S D Rana	1
	Sintra	1
Telheiras	3	
Motivo de avaliação	ADPM	1
	AGD	1
	AVC	2
	Essence	2
	PEA	5
	Síndrome de Hurler	1
	Hipotermia induzida	3
	Prematuro	11
	Fistula tráque esófágica	1
	Hipotiroidismo congénito	3
	Atraso linguagem	4
	Dificuldades de Linguagem	3
Desenvolvimento	2	

2.2. Resultados dos questionários aplicados aos técnicos antes da implementação do Projeto

Apresentamos os resultados do questionário aplicado aos técnicos do Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital de Santa Maria guiados pelo objetivo de conhecer as suas representações acerca do atendimento na consulta de desenvolvimento e do trabalho em equipa.

Recordamos que o trabalho que vinha a ser desenvolvido até à implementação desta consulta pela área da educação passava por:

- Triagem;
- Encaminhamento das crianças para apoio na comunidade;
- Elemento de ligação às equipas na comunidade;
- Contacto com escolas;
- Sinalização para IP;
- Apoios educativos.

Em primeiro, as respostas dadas pelos participantes indicam que 91,7% consideraram necessário reestruturar a intervenção na consulta pedagógica no CHLN (Tabela 4).

Tabela 4

Resposta à questão “Considera que existe a necessidade de reestruturar esta intervenção?”

Questão		N
Considera que existe a necessidade de reestruturar esta intervenção?	Sim	11
	Não	1

Todos os participantes no estudo consideraram que a consulta deve abranger as seguintes áreas (Tabela 5):

- Suporte/ Ajuda aos pais em Situação de Crise.
- Intervenção, Avaliação, Elo de Ligação entre Técnicos, ELIs e Famílias.

- Encaminhamentos. Quanto à educadora fazer a triagem, a opinião não é unânime, apenas 41,7% dos participantes consideraram que a triagem também deve fazer parte da consulta.

Tabela 5
Resposta à questão “Quais as áreas que considera que esta consulta deve abranger?”

	N
Triagem	5
Encaminhamentos	12
Elo de Ligação entre Técnicos, ELIs e Famílias	12
Avaliação	12
Intervenção	12
Suporte/ Ajuda aos pais em Situação de Crise	12

Para além das áreas indicadas na tabela 5, existem inquiridos que propõem outras áreas que consideram importantes serem abrangidas nesta reformulação da consulta de educação, são elas: formação a pais e técnicos e participação em estudos de investigação e reuniões multidisciplinares.

Analisando a tabela 6 podemos afirmar que todos os técnicos consideraram que as famílias que frequentam o centro de Neurodesenvolvimento beneficiariam com a Implementação desta consulta (100%). Os mesmos afirmaram que as famílias beneficiariam de: Apoio Personalizado à Família, de uma Redução do tempo de espera entre o Diagnóstico e o início da intervenção na comunidade, o Contato mais próximo com as ELIs e as Escolas e a Intervenção direta, logo que detetada alguma dificuldade no seu desenvolvimento geral. De registar ainda que 80,3% dos participantes afirmaram que o modo de Rastreio Precoce de Dificuldades na Criança é igualmente um modo como poderão beneficiar as Famílias que frequentam o Centro de Neurodesenvolvimento com a Implementação desta consulta.

Tabela 6
Resposta à questão “ De que modo poderão beneficiar as Famílias que frequentam o Centro de Neurodesenvolvimento com a implementação desta consulta?”

	N
Apoio Personalizado à Família	12
Redução do tempo de espera entre o Diagnóstico e o início da intervenção na comunidade	12
Contato mais próximo com as ELIs e as Escolas	12
Rastreio Precoce de Dificuldades na Criança	10
Intervenção direta, logo que detetada alguma dificuldade no seu desenvolvimento geral	12

Depois da análise dos questionários da primeira amostra, em que é diagnosticado o Problema, iniciamos a implementação do projeto.

Foi então realizada, em equipa, uma seleção de Crianças/Famílias, para comparecer na consulta. A seleção do grupo de crianças e famílias foi feita com base em alguns critérios de elegibilidade com referência ao tipo de risco e patologia. Posteriormente a família foi contactada para se deslocar ao hospital, tendo comparecido na proposta “Consulta Pedagógica”. Para uma melhor organização do projeto optou-se por fazer esta consulta às terças, quintas e sextas-feiras, sendo os restantes dias para reuniões de serviço e trabalho burocrático (e.g., contatos com escolas, ELIs e famílias).

No contato inicial com os pais/cuidadores, foi explicado o objetivo da consulta e o plano da mesma. Nesta consulta foram adotados os seguintes procedimentos:

- Pedida uma breve história da Criança (anamnese) e do seu meio envolvente.
- Realizada uma atividade para iniciar o contato com a Criança através do toque, de uma canção, de uma história... algo que a cativasse.
- Realizada uma avaliação com a escala SGS-II e respetiva análise da mesma.
- Conversa com os pais e levantamento das eventuais dificuldades.
- Entrega aos pais de técnicas e estratégias para trabalhar com a Criança.
- Conversa sobre apoios e necessidades do Agregado Familiar.
- Acerto de data para o início de Intervenção no Centro para crianças desde que reunidos os seguintes critérios:
 - Não frequentarem a Creche ou Pré-escolar.
 - Não terem apoio da Intervenção Precoce.
 - Estarem em lista de espera nas ELIs.

Este acompanhamento foi realizado pela educadora no centro de Neurodesenvolvimento do CHLN, através de um Plano de Intervenção elaborado tendo em conta as dificuldades e as forças da Criança e da sua família, tendo uma assiduidade Semanal.

Depois de realizadas as consultas às 50 famílias e para avaliar a necessidade e continuidade desta consulta foram realizados novos questionários às famílias de modo a percebermos o grau de satisfação relativo à mesma.

2.3. Resultados dos questionários de satisfação das famílias

Neste último questionário, em que foi possível obter informações sobre as 50 famílias inquiridas, a maioria dos participantes (24,0%) têm idades compreendidas entre os 31 e os 35 anos, 36,0% têm formação académica ao nível da licenciatura e 52,0% com situação profissional ao nível de contratado / pertence ao quadro. No que concerne ao estado civil verificamos que 38% são casados e 50,0% afirmaram terem, pelo menos, um filho (Tabela 7).

Tabela 7
Idade, Formação Académica, Situação profissional, Estado Civil e Número de Filhos das Famílias Inquiridas

		<i>N</i>	<i>%</i>
Idade	21 - 25 anos	5	10,0
	26 - 30 anos	4	8,0
	31 - 35 anos	12	24,0
	36 - 40 anos	11	22,0
	41 - 45 anos	8	16,0
	46 - 50 anos	8	16,0
	51 - 55 anos	1	2,0
	mais de 56 anos	1	2,0
Formação Académica	Bacharelato	9	18,0
	Licenciatura	18	36,0
	Mestrado	4	8,0
	1º ciclo	4	8,0
	2º ciclo	8	16,0
	12º ano	7	14,0
Situação Profissional	Contratado / pertence ao quadro	26	52,0
	Contratado / temporário	12	24,0
	Desempregado	10	20,0
	Estágio	2	4,0
Estado Civil	Solteiro	8	16,0
	Casado	19	38,0
	União de facto	14	28,0

	Divorciado	8	16,0
	Viúvo	1	2,0
Nº de Filhos	Sem filhos	3	6,0
	1 filho	25	50,0
	2 filhos	17	34,0
	3 filhos	5	10,0

Quanto à posição da criança na fratria, obtivemos respostas como sendo primeiro, segundo e terceiro filho, quanto ao grau de parentesco, recolhemos respostas como sendo filhos, pais, avos, tios, irmãos e padrastos.

Opinião dos Participantes sobre a Consulta Pedagógica

No que respeita às questões seguintes apresentadas na tabela 8, há a referir que a maioria dos participantes no estudo, já foi à consulta de educação do centro de neurodesenvolvimento do CHLN (90,0%) e têm conhecimento da sua existência (64,0%).

Relativamente à questão “*Sabe qual a finalidade da consulta*”, que é uma pergunta aberta e decorre da pergunta anterior, a maioria dos participantes responderam que “sim” dando como explicação que esta tem como finalidade ajudá-los numa orientação de apoio ao seu filho, na estimulação global do mesmo e na melhoria da ligação com a escola e as equipas de intervenção precoce. Adicionalmente, referiram ainda que é feita uma avaliação da criança e uma análise de possíveis resoluções da situação presente, avaliando o desenvolvimento geral da criança. Os pais consideraram, também, que nesta consulta irão ser identificadas as necessidades que a criança/família possa precisar para obter um posterior acompanhamento, pela própria educadora, ou encaminhando para os recursos existentes na comunidade.

Tabela 8
Opinião dos Participantes sobre a Consulta Pedagógica

		N	%
Já veio à Consulta de Educação do Centro de Desenvolvimento do CHLN?	Sim	45	90,0
	Não	5	10,0
Tinha conhecimento da existência desta Consulta? Qual a sua finalidade?	Sim	18	36,0
	Não	32	64,0

No que respeita à satisfação dos pais em relação à consulta, os participantes apresentaram maior satisfação com a Intervenção direta realizada na criança. A satisfação relativamente aos aspetos citados é, em média, aproximadamente 4 correspondente a Atendimento, Ajuda na resolução de problemas, Avaliação de Desenvolvimento, Elo de ligação com os apoios da comunidade. O aspeto em que os pais apresentaram menor satisfação, aproximadamente 3 correspondente a Acesso à Informação escrita (Tabela 9).

Tabela 9
Satisfação dos pais em relação à consulta

Ao vir à consulta de educação qual o seu grau de satisfação*	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Atendimento	50	3	4	3,84	0,37
Ajuda na Resolução de problemas	50	3	4	3,78	0,42
Elo de Ligação com os apoios da comunidade	50	2	4	3,56	0,61
Avaliação de Desenvolvimento	50	2	4	3,84	0,42
Intervenção direta na Criança	50	2	4	3,86	0,40
Acesso à informação escrita	50	2	4	3,38	0,64
Outro	50	2	4	3,66	0,56

*Numa escala de 1 a 4 em que 1 significa Fraco, 2 Médio, 3 Bom e 4 Muito bom

Todos os participantes no estudo consideraram que a implementação desta consulta foi uma mais-valia no processo terapêutico dos seus filhos (Tabela 10). Estes cuidadores referiram que a implementação desta consulta os ajudou:

- No acompanhamento do seu filho ou filha;
- No esclarecimento de dúvidas mais eficaz;
- Na intervenção mais precoce e adequada;
- Na ajuda na escolha de uma terapia mais adequada;
- Na obtenção de uma maior qualidade de vida e preparação para o futuro.

Tabela 10
Resposta à questão: “Considera que a implementação desta consulta foi uma mais-valia no processo terapêutico do seu filho?”

	<i>N</i>	<i>%</i>
Considera que a implementação desta consulta foi uma mais-valia no processo terapêutico do seu filho?	50	100

Na referência à Tabela 11 (com um total de 47 respostas), somente 8,5% dos participantes afirmaram que consideram que seria importante incluir nesta consulta mais sessões de intervenção precoce, tanto para apoios individualizados à criança, como para ajudar a família (Procura de Apoios, Terapias adequadas e partilha de estratégias de Intervenção para pais/cuidadores)

Tabela 11

Resposta à questão: “Existe algo mais que considera importante incluir nesta consulta?”

		<i>N</i>	<i>%</i>
Existe algo mais que considera importante incluir nesta consulta?	Sim	4	8,5
	Não	43	91,5

Na Tabela 12 podemos verificar que todos os participantes consideram que a consulta é necessária e importante no centro de desenvolvimento do CHLN. De acordo com a perspetiva dos pais, esta consulta é importante porque:

- 1- Dá um suporte à Criança/ Família.
- 2- Faz a ligação entre várias consultas/ técnicos/ ELIs/ Escolas.
- 3- Oferece apoio à criança e sua família numa perspetiva centrada na família.
- 4- Encaminha as crianças para um melhor atendimento na Comunidade, para um desenvolvimento adequado das mesmas.
- 5- Possibilita. Intervir rapidamente nas dificuldades das crianças e reforçar as forças das mesmas.
- 6- Ajuda no esclarecimento de dúvidas.
- 7- Ajuda os pais e as crianças a lidar com o problema, pois permite ter acesso a ferramentas mais adequadas que ajudam no desenvolvimento da criança.
- 8- Proporciona aos pais aprenderem melhores estratégias de estimulação nas áreas mais problemáticas do desenvolvimento da criança, de modo a reforçar uma intervenção precoce de qualidade e com ganhos visíveis.
- 9- Porque é um complemento importante em todo o processo clínico e de desenvolvimento da criança.

Tabela 12

Resposta à Questão: “Na sua opinião, esta é uma consulta necessária e importante no centro de desenvolvimento do CHLN?”

		N	%
Na sua opinião, esta é uma consulta necessária e importante no centro de desenvolvimento do CHLN?	Sim	50	100,0

Como indica a Tabela 13 verifica-se uma:

- Correlação positiva entre a variável *atendimento* e as variáveis: ajuda na resolução de problemas, elo de ligação com os apoios comunitários, avaliação de desenvolvimento e intervenção direta na criança.
- Correlação positiva entre a variável *Ajuda Resolução de Problemas* e as variáveis: elo de ligação com os apoios comunitários, avaliação de desenvolvimento e intervenção direta na criança. Deste modo, os pais mais satisfeitos com ajuda na resolução dos seus problemas são aqueles que mais consideraram que a consulta faz o elo com os apoios comunitários. As famílias que mais valorizam a ajuda na resolução dos seus problemas são aquelas que mais importância dão à ligação com os apoios comunitários, avaliação de desenvolvimento e intervenção direta na criança.
- Correlação positiva entre a variável *elo de Ligação com os Apoio Comunitários* e as variáveis: avaliação de desenvolvimento, intervenção direta na criança, e acesso à informação escrita. O aumento do elo de ligação com a comunidade está associado a um maior nível de satisfação da família, no que diz respeito à ajuda na avaliação de desenvolvimento, intervenção direta na criança e no acesso a informação escrita.
- Correlação positiva entre a variável *avaliação de desenvolvimento* e as variáveis: intervenção direta na criança, e acesso à informação escrita. Como seria de esperar as famílias que obtêm o serviço de avaliação de desenvolvimento valorizam que posteriormente seja feita intervenção com os seus filhos e em receberem informação clara e concisa sobre o seu desenvolvimento.

- Correlação positiva entre a variável *Intervenção direta com a criança* e a variável acesso à informação escrita. Esta variável informação escrita surge em praticamente todas as categorias, reforçando a necessidades das famílias em receber documentação de apoio.

Tabela 13
Tabela de Correlação entre as Questões de Satisfação da Família

	Atendimento	Ajuda na Resolução Problemas	Elo de ligação com os apoios comunitários	Avaliação de desenvolvimento	Intervenção Direta na Criança	Acesso à informação escrita
Atendimento	-	.690**	.494**	.355*	.392**	.177
Ajuda Resolução de Problemas		-	.491**	.490**	.417**	.167
Elo de Ligação com os apoios comunitários			-	.592**	.406**	.649**
Avaliação de Desenvolvimento				-	.584**	.460**
Intervenção Direta na Criança					-	.370**

** . A correlação é significativa a .01 (bilateral).

* . A correlação é significativa a .05 (bilateral).

De todas as variáveis avaliadas, a que apresenta um maior número de correlações é a variável **atendimento**, ou seja, o aumento dos níveis de satisfação está associado a diversos fatores como a ajuda na resolução de problemas, funcionando como elo de ligação com os apoios comunitários, permitindo uma avaliação de desenvolvimento e intervenção direta na criança.

CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO FINAL

O presente projeto tinha como objetivo principal contribuir para a diminuição da angústia das famílias, proporcionando às crianças de risco estabelecido e às suas famílias um acesso eficaz, flexível e individualizado, a todos os recursos e apoios disponíveis. Assim, e apoiado na opinião dos técnicos, desenhamos uma intervenção para a criança e sua família através do desenvolvimento de uma Consulta Pedagógica dos 0 aos 6 anos do Centro Neurodesenvolvimento do Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Espera-se no futuro, atender 150 crianças de famílias por ano, e por isso o sucesso desta prática é fundamental. Ouvidas as famílias verificamos que desejam a intervenção e estão satisfeitas com a consulta implementada. Em suma, a implementação desta consulta é consonante com os pressupostos de uma intervenção precoce de qualidade:

- Assegurar que todas as crianças em situação de risco, ou com problemas de desenvolvimento, bem como as suas famílias, recebam os cuidados específicos de que necessitam, sendo necessária uma colaboração estreita dos Serviços de Saúde, Segurança Social e Educação;
- Criar condições na família, escola e sociedade, de modo a que a criança tenha o máximo de autonomia e integração;
- Ajudar a família a ultrapassar os aspetos negativos dos problemas de desenvolvimento da criança e proporcionar à criança um olhar positivo sobre as suas aptidões por todos que com ela convivem.

De acordo, com a perspetiva de Fuertes (2011, 2016, 2019), Fuertes e Ventura (2016) e Fuertes e Luís (2014), qualquer intervenção na infância deve ser desenvolvida em práticas centradas na família atribuindo-lhe um papel ativo: a família assume-se como um membro da equipa tomando parte nas decisões. Os apoios não são só para a criança, mas também, para a família. Assim, o plano de intervenção prevê objetivos e apoios para a criança e para a família. Deste modo, são designados para a família recursos da comunidade e procura-se aumentar a sua integração social e promover competências parentais (Guralnick, 1997). Para a autora, o sucesso das práticas depende sobretudo das interações estabelecidas entre os profissionais e as famílias, daí a importância da sua satisfação com este projeto. A autora refere “a confiança conquista-se no tempo, não é de esperar que a família nos primeiros

contatos partilhe todas as suas dificuldades e necessidades. Contudo, a equipa deve fazer um esforço de abertura e honestidade na comunicação.... Uma vez estabelecido o elo de confiança, a equipa pode apoiar-se na família e a família na equipa.” (Fuertes, 2016, p. 15)

A intervenção precoce baseia-se na articulação dos serviços de educação de infância, de educação especial, de saúde, de intervenção social e comunitária para responder às necessidades da criança e da sua família (Fuertes 2011, p.1). Neste trabalho apresentamos a intervenção articulada da educação e saúde, a intervenção da educadora em instituição hospitalar na promoção do desenvolvimento da criança, na relação entre os serviços educativos (escola da criança) e os serviços da saúde, e no estabelecimento de uma relação com a família.

Assim, procurámos com base em toda a literatura revista e no estado de conhecimento, desenvolver um projeto com base nas evidências empíricas e numa intervenção baseada em evidências empíricas. Nas palavras de Fuertes “As evidências científicas indicam que as práticas mais eficazes são suportadas por dados empíricos” (evidências obtidas de *randomized controlled trial* ou *cntrrolled trials without randomization*) - provenientes de vários estudos ou de meta-análise (McKibbon, 1998). Com efeito, a própria abordagem de intervenção precoce atual decorre de resultados empíricos. Por esta razão, importa que os técnicos se mantenham cientificamente atualizados. Por outro lado, os investigadores devem comunicar e discutir os seus resultados com as equipas de intervenção precoce estreitando a relação técnicos-investigadores. Deste modo, cria-se uma linguagem técnica comum e aumenta a abrangência de conhecimentos técnicos (Fuertes, 2010).

Estas iniciativas podem contribuir para a melhoria das práticas e beneficiar a própria pesquisa. A intuição, o conhecimento e os quadros de representação dos técnicos fornecem elementos chave para a compreensão dos processos de desenvolvimento e dos contextos onde as interações se desenrolam. Por outro lado, se os investigadores ajudarem os técnicos a operacionalizar os seus modelos de avaliação e de intervenção com metodologias validadas e padronizados, o produto da intervenção torna-se, simultaneamente, objeto de investigação. “Num processo recíproco, é possível desenvolver trabalhos de investigação sobre a eficácia dos modelos de intervenção para apoiar a prática clínica e estabelecer uma colaboração.” (Fuertes, 2010)

CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÕES FUTURAS

No presente capítulo faremos uma sinopse de todo o percurso de investigação/projeto percorrido até ao presente, expondo as conclusões a que chegamos a partir dos resultados do estudo.

Durante esta investigação percebemos a necessidade da existência de uma educadora de infância, enquanto membro efetivo da equipa do centro de neurodesenvolvimento do H.S.M., assim como a importância de se implementar uma consulta pedagógica regular no centro de neurodesenvolvimento.

O trabalho do educador em contexto hospitalar é revestido dum grande espírito de equipa e resiliência pessoal, tendo em conta as crianças e famílias que acompanha e segue. Assim o educador deverá integrar a equipa multidisciplinar com o objetivo de recolha de dados para melhor ajudar a criança e família, não só ao nível da intervenção, definindo linhas de orientação, como também em encaminhamentos considerados necessários (Elis, Agrupamentos escola, terapias).

Segundo Tegethof (2007), a resposta dada pelo profissional, deve implicar um pluralismo de diversos quadrantes, que só o trabalho em equipa, através de uma colaboração e coordenação de serviços e de recursos pode constituir uma prática de qualidade. A importância atribuída às equipas por parte dos entrevistados permite certamente uma convergência com as evidências da investigação realizada na IP e já referenciadas ao longo deste estudo, uma vez que referem que o trabalho produtivo e abrangente com a família, permite rentabilizar e potencializar resultados na criança e na sua família. As competências aliadas a um bom funcionamento da equipa, com particular relevo para uma comunicação eficaz remetem-nos para um Modelo Transdisciplinar, implicando um elevado grau de colaboração e de transferência de papéis. No presente estudo, os profissionais revelam os obstáculos que surgem ou são criados pela dinâmica presente na realidade de cada intervenção em equipa, considerando que a disponibilidade temporal anexada a cada particularidade da mediação, não permite remeter-nos para critérios de excelência, que segundo Tegethof (2007) correspondem à eficácia de desempenho das equipas de IP nas respostas às famílias apoiadas. As práticas centradas na família, conferem à família o papel fulcral no processamento de opções e deliberações relativamente ao decurso do apoio na IP (Dunst, 1995, 1997, 1998, 2000, 2002; Dunst, Trivette, Davis, & Corwell, 1988). Os resultados obtidos reforçam este papel, considerando que um propósito co-

construído, valorizando a individualidade e contextualização de cada família poderá valorizar e maximizar os apoios e serviços que lhe são prestados.

Assim podemos perceber através deste estudo a importância que tinha para os pais/cuidadores a existência de um espaço onde pudessem expor medos, angústias, dificuldades e também onde existisse um técnico experiente em práticas de Intervenção precoce, com o objetivo de apoiar a família na promoção do desenvolvimento da Criança.

Este projeto deu-me um prazer especial, uma vez que foi uma iniciativa pioneira no CHLN, dando à intervenção pedagógica o valor que lhe é devido. Agradou-me as respostas dos pais, o recurso à minha intervenção sempre que necessário, a relação que se foi criando com inúmeras famílias, sentindo-me muitas vezes parte integrante das mesmas. Desde um “passámos aqui e viemos dar um Beijinho” até convites para festas de Aniversário dos pequenitos... Senti de coração que fazia parte da vida destas famílias. E que estes sabiam que eu estava ali de coração aberto para os receber, ajudar e orientar para um futuro melhor, e com a presença constante de que o SUPREMO interesse da criança era salvaguardado.

Uma das dificuldades sentidas prendeu-se com o facto de não existirem dados comparativos significativos de consultas pedagógicas noutros centros de neurodesenvolvimento de modo a conseguirmos comparar resultados. Outra limitação diz respeito ao facto de existir apenas uma educadora de neurodesenvolvimento, sendo a sua avaliação referente não só à consulta como à própria educadora, podendo enviar alguns resultados. Seria útil, num projeto futuro, implementar este modelo noutros centros de neurodesenvolvimento de modo a comparar e validar os resultados obtidos.

Neste sentido será importante criar e ajustar metodologias comuns de modo a uniformizar os resultados, permitindo um apoio mais específico e dirigido a cada criança/família.

Numa investigação futura proponho, novo projeto, com um 2º grupo, para avaliarmos a eficácia e importância desta mesma consulta, desta feita com dois anos de consulta decorridos, para podermos comparar resultados, reavaliar e reformular se for necessário.

Poderemos também desta feita perceber a qualidade e importância do educador numa consulta de Neurodesenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação – Um guia prático e crítico*. Lisboa: ASA.
- Almeida, J. & Pinto, J. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Ed. Presença.
- Almeida, I., C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1 (XXII), 59-66.
- Almeida, I. C., Breia, G., & Colôa, J. (2005). *Conceitos e práticas em intervenção precoce*. Lisboa: Direcção de Serviços da Educação Especial e Apoio Sócio-Educativo, Ministério da Educação.
- Bailey, D. & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities*. Columbus, OH: McMillan
- Bairrão, J. (2003). Tendências actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, XVII (1), 7-13.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17(1), 15-29
- Bambring, M. (1996). Introduction. In M. Bambring, H. Rauh & A. Beemann (Eds.), *Early childhood intervention* (pp.1-8). Berlin: Walter de Gruyter.
- Books-Gunn, J.& Hearn, P. (1982). *Early Intervention and Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Braga, R. (2014). *A Importância do Educador em Contexto Hospitalar* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich, Lisboa.
- Bricker, D. (1996). Using Assessment Outcomes for Intervention Planning: A Necessary Relationship. In M. Bambring, H. Rauh & A. Beemann (Eds), *Early Childhood Intervention*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Carvalho, M. J. (2005). Educadoras de Infância em contexto hospitalar. *Revista Sonhar*, 2, 347-360.
- Ceccim, R. B. (1999). Classe Hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. *Pátio*, 10, 41-44.
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

- Correia, L. M. & Serrano, A. M. (1999). *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora. Coleção Educação Especial
- Coutinho, C. (2005). *Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal - uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000)*. Braga: IEP- Universidade do Minho.
- Decreto-Lei n.º 281/2009. Tem por objeto a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). - Diário da República - I Série, N.º 193 <http://www.eses.pt/interaccoes> 193 - de 06 de Outubro.
- Dunst, C. J. (1995). Influências do apoio social no comportamento e desenvolvimento da criança e do agregado familiar. Paper presented at the *IV Encontro sobre Intervenção Precoce*, Coimbra.
- Dunst, C. J. (1997). Conceptual and empirical foundations of family centered practice. In R. Illback, C. Cobb & H. Joseph (Eds.), *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 75-91). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dunst, C. J. (1998). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 123-141). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting "Rethinking Early Intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.
- Dunst, C. J. (2002). Family centered practices: Birth through school. *The Journal of Special Education*, 36(3), 139-147.
- Dunst, C. & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early Intervention and natural environments. *Exceptional Children*, 68(3), 361-375.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Davis, M., & Corwell, J. (1988). Enabling and empowering families of children with health impairments. *Children's Health Care*, 17(2), 71-81.
- ESEI Maria Ulrich (s.d.). Sobre a ESEIMU – A nossa organização em resumo. Consultado a 24 de novembro de 2017 em <http://www.api.edu.pt/eseimu/sobre-a-eseimu/>.

- Fuertes, M. (2019). Intervenção Precoce na Infância – práticas suportadas na evidência. In F. Veiga (Org.), *Psicologia da Educação: Temas de Aprofundamento Científico*. Coimbra: Almedina.
- Fuertes, M. (2016). Intervenção Precoce na linha de horizonte das famílias. In C. Nunes & J. Rosa (Coord.), *Evidências em Intervenção Precoce* (pp.7-16). Lisboa: CIED, Escola Superior de Educação de Lisboa.
- Fuertes, M. & Ventura, T. (2016). Sugestões de abordagens a implementar: domicílio e ambientes clínicos. In T. Ventura & M. C. Gomes (Orgs.), *Os Primeiros 1000 Dias* (pp. 96-98). Lisboa: Cultiva Livros.
- Fuertes, M. (2010). A outra face da investigação: Histórias de vida e práticas de intervenção precoce. *Revista Das práticas à Investigação (online)*, 1(1), 89-109.
- Fuertes, M. (2011). Intervenção Precoce: em que perspectiva?. In T. Vasconcelos (Ed.), *Conselho Nacional das crianças dos 0 aos 3 anos* (pp. 117-120). Lisboa: CNE.
- Fuertes, M. & Luís, H. (2014). Vinculação, práticas educativas na primeira infância e intervenção precoce. *Revista Interações*, 30(10), 1-7.
- Guralnick, M. J. (Ed.). (1997). *The effectiveness of earlintervention*. Baltimore: Brookes.
- Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology Journal*, 29, 75-92.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1988). Do inquiry paradigms imply inquiry methodologies? In D.M. Fetterman (Ed.), *Qualitative approaches to evaluation in education: The silent scientific revolution* (pp. 89-115). London: Praeger.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1992). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes.
- Lacerda, A. (2010). *O livro da família da criança com cancro*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.
- McKibbin, K. A., & Marks, S. (1998). Searching for the best evidence. Part 1: where to look [editorial]. *Evidence-Based Nursing*, 1, 68-70.
- Ministério da Educação [ME] (1997). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.
- Moran, E. F (1994). *Adaptabilidade humana: uma introdução à antropologia ecológica*. São Paulo: EDUSP.

- Morin, E. (2002). *Os sete saberes para a educação do futuro* (A. Viveiros, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Mota, M. (2009). *O Trabalho do Educador de Infância no Hospital: Entre a Docência e a Clínica* (Tese de Mestrado). Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Educação, Aveiro.
- Neisworth, J. T., & Bagnato, S. J. (1988). Assessment in Early childhood Special Education: A Typology of Dependent Measures. In S. Odon & M. Karnes (Eds.), *Early Intervention for Infants and Children with Handicaps*. Baltimore: P.H. Brooks.
- Oliveira-Formosinho, J., & Formosinho, J. (2011). *Pedagogia-em-Participação: A perspectiva educativa da Associação Criança*. Porto: Associação Criança e Porto Editora.
- Pereira, A. P. S. (2003). *Práticas centradas na família: Identificação de comportamentos para uma prática de qualidade no distrito de Braga* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Pereiro, M. (2000). Contributos para uma análise avaliativa da Intervenção Precoce- As representações dos profissionais. In F. R. Leitão (Ed.), *A intervenção precoce e a criança com síndrome de Down: estudos sobre interacção* (pp. 179-202). Porto: Porto Editora.
- Popper, K. R. (1979). *Objective Knowledge: An Evolutionary Approach*. Oxford: Clarendon Press.
- Projecto Integrado de Intervenção Precoce (1995). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação.
- Santos, S. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora. Coleção Educação Especial.
- Serrano, G. (2004). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes – Métodos*. Madrid: Ed. La Muralla.
- Shelden, M. L. & Rush, D. D. (2013). *The early intervention teaming handbook: The Primary Service Provider Approach*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes
- Simeonsson, R. J. (1994). *Risk, Resilience, and Prevention. Promoting the Well-Being of All Children*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Santos, B. S. (1995). Sociedade-Providência ou Autoritarismo Social?. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 42, i-vii.

- Tagethof, M. I. S. C. A. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.
- Varela, H. (1999). *O Papel do Educador de Infância nos Hospitais* (Monografia apresentada para a obtenção da licenciatura em Educação de Infância). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Vieira, S. (1999). *Estatística para a Qualidade* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Campus
- Vasconcelos, T. (2009). *Prática Pedagógica Sustentada – cruzamento de saberes e de competências*. Lisboa: Edições Colibri.